ROK VIII WARSZAWA 1934 LIPIEC ZESZYT VII

# WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

*REVUE MENSUELLE CONSACRÉ À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.*

*pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego.*

## *PRACE ORYGINALNE*

### O wskazaniach i przeciwwskazaniach do stosowania alkaloidów makowca w medycynie wewnętrznej.

podała

DR. ELEONORA REICHER, docent Uniw. Warsz.

Zagadnienie zwalczania bólu w medycynie wewnętrznej stoi w ścisłym związku z fizjopatologicznym ujęciem znaczenia bólu. W ogólnej ekonomji ustroju rola bólu jest wysoce celowa i do czynności ustroju przystosowana. Ból jest zjawiskiem ochronnem, sygnałem ostrzegawczym, uprzedzającym i donoszącym o zaburzeniach czynności narządu. Zjawienie się bólu jest z tego punktu widzenia zjawiskiem pożądanem, gdyż doprowadza do wyłączenia czynności zagrożonego narządu: atak dusznicy bolesnej zmusza do spokoju, chromanie przestankowe prowadzi do przerwania ruchu. Jednakże droga odruchowa, wywołująca ból, jak wiele innych odruchów przekracza często swój sygnalizacyjny cel, bodziec będący przyczyną bólu przeskakuje i rozprzestrzenia się na liczne inne drogi nerwowe, wzmagając w ten sposób niejednokrotnie nietylko objawy bólowe, ale potęgując pierwotną przyczynę bólu. W tych warunkach ból, będący początkowo zjawiskiem pożytecznem i celowem, staje się szkodliwym nietylko w swej istocie, ale i w swych fizjopatologicznych następstwach. Taki ból musi być zwalczany. Klasycznym przykładem bólu, którego początek jest zjawiskiem ochronnem, a więc pożytecznem, a który z powodu swego natężenia stać się może szkodliwym jest napad dusznicy bolesnej. Niezależnie od patogenetycznego sposobu wytłomaczenia dusznicy bolesnej, czy to skurczem stwardniałych naczyń wieńcowych serca, powstałym na tle przeczulicy splotu sercowego z powodu niedostatecznego odżywiania serca, czy też idąc za Wenckebachem, wzmożonem ciśnieniem tętniczem, które przez napięcie ściany tętnicy wywołuje uczucie bólu, zwiększające wtórnie ciśnienie tętnicze, czy też wreszcie uczuleniem splotu nerwowego sercowo aortowego, który przez wzmożone ciśnienie wywołane ruchem zostaje jeszcze bardziej podrażniony, dzięki czemu odruchowo z powodu skurczu tętnic

obwodowych podnosi się ciśnienie krwi, obarczając wzmożoną pracą serce i drażniąc splot sercowo aortowy, w każdym z tych przypadków uczucie bólu powiększa jeszcze przyczynę bólu i wzmaga jej tak groźne nieraz następstwa. W tym stanie wskazane jest przedewszystkiem stosowanie tych środków, które z jednej strony znoszą przyczynę objawów chorobowych: skurcz naczyń, względnie zapobiegają podwyższeniu skurczowego ciśnienia krwi i wpływają rozszerzająco na naczynia wieńcowe serca (kofeina, teobromina, teofyllina, azotyny, atropina, morfina, papaweryna). Jednakże jeżeli działanie tych środków nie okaże się dość szybko skutecznem, wtedy trzeba dążyć do szybkiego usunięcia objawów bólowych, które są wtórną przyczyną przedłużania się i nasilania się ataku dusznicowego. Tym wymaganiom odpowiadają w zupełności pochodne makowca: morfina, pantopon i w szczególności papaweryna, znoszą one bowiem nietylko uczucie bólu, ale równocześnie działają rozszerzająco na naczynia wieńcowe serca i, jak papaweryna, rozszerzają naczynia wątroby i płuc. Z tego też względu przy leczeniu cięższych ataków dusznicy bolesnej alkaloidy makowca, pantopon, morfina są środkiem niezastąpionym, działającym nietylko objawowo, ale także czynnym patogenetycznie, wpływającym bezpośrednio na samą przyczynę ataku. Zastosowanie ich jest szczególnie wskazane wtedy, jeżeli azotyny pozostają bez wpływu, co nasuwa myśl, że atak dusznicy wywołany został zawałem mięśnia sercowego. Nowsze badania wykazały, że około 7% napadów dusznicy bolesnej, wywołanych jest zawałami mięśnia sercowego, są to napady szczególnie bolesne, ciężkie i uporczywe, nie ustępujące pod działaniem azotynów, w których morfina, pantopon, szybko usuwając bóle równocześnie zwalczają ciężki wstrząs, spowodowany zawałem. Leczenie dusznicy bolesnej pochodzenia organicznego nie ogranicza się tylko do zwalczania napadu, ale celem jego jest i zapobieganie powstawaniu napadów i tutaj znowu obok leczenia spokojem, preparatami jodowemi, stosowania teobrominy, przypada alkaloidom makowca w szczególności papawerynie, znoszącej w zwykłych dawkach skurcze naczyniowe, pierwszorzędna rola. Papawerynę stosuje się między napadami doustnie w dawkach 0,02, kojarząc ją czasami z atropiną, działającą również rozszerzająco na naczynia. W ostrych atakach dusznicy daje się szybko działającą morfinę w dawkach 0,01, kojarząc ją z atropiną w dawce 0,001 lub z mniej toksyczną nowatropiną. O ile postępowanie w napadach dusznicy bolesnej jest zawsze to samo niezależnie, czy napad wywołany jest sprawą organiczną, czy też powstaje na tle nerwicowem, to alkaloidy makowca nie znajdują zastosowania w różnych, przewlekłych postaciach nerwicy serca, występującej najczęściej w postaci odruchu, kurczącego niezmienione naczynia wieńcowe serca, na bodźce psychiczne (wzruszenia, zmartwienia), toksyczne (nikotyna, kawa), odruchowe (wskutek różnych cierpień np. kamica żółciowa, nerkowa, wrzód żołądka, cierpienia narządów kobiecych, etc.). Dolegliwości sercowe w postaci bólu, niepokoju, kołatania serca, występujące najczęściej po jedzeniu, wywołane prawdopodobnie bębnicą, podnoszącą przeponę ku górze i przemieszczającą serce i naczynia, uważane często i mylnie za zespół dusznicowy, nie reagują na alkaloidy makowca. Leczenie różnorodnych postaci dusznicy bolesnej t. zw. czynnościowej musi być przedewszystkiem przyczynowe, musi się opierać na rozpoznaniu przyczyny, na której tle powstała dusznica; leczniczo działa unormowanie życia psychicznego i fizycznego, usunięcie szkodliwych bodźców psychicznych i fizycznych, toksycznych, chorobowych, zwalczanie aerofagji. Stosowanie w tych stanach alkaloidów makowca nie tylko, że jest niepotrzebne, ale stać się może szkodliwe, gdyż nerwice serca występują u osób neuropatycznych, łatwo ulegających działaniu i skłonnych do przyzwyczajania się do środków narkotycznych. Z tego też względu dokładne różniczkowanie między dusznicą bolesną pochodzenia organicznego, a dusznicą czynnościową jest dla postępowania leczniczego tak wielkiej wagi.

Różne postaci dusznicy czynnościowej poza stosowaniem leczenia przyczynowego są wdzięcznym terenem działania dla preparatów bromowych, pochodnych kwasu barbiturowego, środków zwalczających nerwobóle (antipyrina), obniżających pobudliwość mięśnia sercowego (strychnina, chinina) oraz środków ogólnie wzmacniających ustrój, a tem samem zmniejszających jego pobudliwość.

Działanie alkaloidów makowca w cierpieniach narządu krążenia nie wyczerpuje

się jedynie ich wpływem na ataki dusznicy bolesnej. W przebiegu przewlekłej, bezwzględnej niewydolności krążenia występuje nieraz łącznie z kołataniem serca i głodem powietrza wielkie podniecenie nerwowe, które jeszcze pogarsza objawy niewydolności. Na duszność tych chorych, która jest główną przyczyną ich podniecenia nerwowego, składa się szereg różnych przyczyn, do których w pierwszej linji należy zastój krążenia i powstający na tem tle głód tlenowy, ale czynnikiem wtórnym, potęgującym duszność, jest jeszcze i zakwaszenie ustroju, pobudzające ośrodek oddechowy. Wytwarza się na tem tle błędne koło. Głód tlenu wywołuje podniecenie nerwowe, potęgujące i tak już pobudzony ośrodek oddechowy. W tym stanie małe dawki morfiny lub pantoponu podawane razem ze środkami działającemi pobudzająco na czynności serca i na ośrodki naczyniowe, z kofeiną, z kamforą i innemi, zmniejszają pobudliwość ośrodka oddechowego, oddechy stają się rzadsze i głębsze, efekt wentylacji płuc poprawia się. W końcowym wyniku następuje uspokojenie oddychania, poprawa krążenia i zabieg ten, uspokajając chorych, daje im spokój i ukojenie, „będące najpotężniejszym środkiem leczniczym niewydolności krążenia".

Czynna rola przypada alkaloidom makowca, w szczególności papawerynie, w zwalczaniu objawów pewnych nerwic naczynioruchowych. Dzięki swemu rozszerzającemu działaniu na naczynia mózgu działa papaweryna czasami dodatnio na napady migreny, na napady choroby Raynaud, wreszcie przypada jej ważna rola w leczeniu nadciśnienia samoistnego i wszystkich związanych z tym stanem dolegliwości.

Jeszcze przed osłabieniem pobudliwości ośrodka oddechowego wywierają alkaloidy makowca, w szczególności kodeina, wpływ uspakajający na ośrodek kaszlu, pobudzany przez bodźce, wychodzące z błony śluzowej krtani i oskrzeli. Z tego też względu zostają one używane w tych cierpieniach narządu oddechowego, w których męczący kaszel nie daje chorym spokoju. Uspokojenie kaszlu działa również do pewnego stopnia leczniczo, gdyż sam kaszel drażni jeszcze bardziej i tak już podrażnioną błonę śluzową.Do uspokojenia kaszlu nie używa się, jak wiadomo, morfiny, ale bardziej w tym przypadku skuteczną kodeinę, przy której niema ponadto obawy przyzwyczajenia się; poza kodeiną stosuje się dioninę. Heroina jest środkiem bardzo silnie uspakajającym, jednakże jest ona w swem działaniu podobniejsza do morfiny i istnieje zawsze obawa jej nadużycia i przyzwyczajenia, z tego też względu została zarzucona. W ostatnich latach stosowano także nietylko do uspokojenia bólów, ale i do ukojenia kaszlu eukodal (dihydrooxycodeinon) oraz dicodid (hydrocodinon). Obu tych środków nie można podawać swobodnie i bez obawy, gdyż z czasem występuje przyzwyczajenie i do jednego, i do drugiego.

Czasami w przebiegu krupowego zapalenia płuc lub swoistego zapalenia opłucnej nie można się obejść bez morfiny lub pantoponu. Chorzy nie mogą oddychać z powodu bólów, z tej samej przyczyny nie mogą znaleźć chwili spoczynku i snu, duszność i niepokój chorych odbija się szkodliwie na stanie ich serca. Ponieważ podtrzymanie sił serca jest pierwszorzędnym zadaniem leczniczym w przebiegu zapalenia płuc, podaje się w tych przypadkach morfinę, żeby zapewnić chorym spoczynek i możność oddychania. Jednakże wiedząc, że morfina działa porażająco na ośrodek oddechowy nie można u tych chorych, których oddech jest i tak znacznie przyśpieszony i płytki, stosować morfinę w większych dawkach, gdyż zgon nastąpić może we śnie morfinowym. Dlatego też po podaniu morfiny należy śledzić za sposobem oddychania chorych, a niebezpieczeństwo porażenia ośrodka oddechowego zmniejsza się, podając morfinę równocześnie z atropiną i środkami sercowemi. Morfina znajduje również zastosowanie w ciężkich atakach dychawicy oskrzelowej, w których wszystkie inne środki zawiodły. I tutaj należy być ostrożnym, gdyż porażające działanie morfiny na ośrodek oddechowy w połączeniu ze zwężeniem oskrzelików, będącem przyczyną ataków może doprowadzić do objawów duszenia. Stosując więc morfinę w uporczywych atakach dychawicy oskrzelowej, nie ustępujących pod wpływem innych środków, należy się trzymać dawek niewielkich, które łączy się z atropiną, znoszącą skurcz oskrzelików, a także z adrenaliną lub efetoniną.

Mechanizm powstawania bólu jest różny w różnych narządach. Jeżeli skurcz naczyń wieńcowych lub podniesienie w nich ciśnienia jest odczuwany jako ból w sercu, to w narządach przewodu pokarmowego, w

żołądku, w jelitach, w pęcherzyku żółciowym, w drogach żółciowych natura używa zupełnie innego objawu, jako sygnału ostrzegawczego, mającego zwrócić uwagę na zaburzenia czynnosci narządu. Właściwą podnietą bólową przewodu pokarmowego są toniczne skurcze żołądka, jelit, a także pęcherzyka żółciowego, dróg żółciowych i t. d. Bardzo często podniety te, rozprzestrzeniające się drogą układu wegetatywnego, wykraczają również ponad swój cel sygnalizacyjny. Podrażnienie całego układu wegetatywnego, nietylko nerwu współczulnego, któremu starzy autorzy nadali nazwę nerwu sympatycznego, podejrzewając widocznie jego rolę współczującą wszystkiemu, co się odbywa w innych narządach, ale i nerwu błędnego, wywołuje szereg objawów i w innych, oddalonych nieraz narządach. W ten sposób powstają odruchy narządowo-czuciowe, narządowo - ruchowe, narządowo-narządowe. Drogą układu wegetatywnego wytwarzają się pasy przeczulicowe, wyraźne lub ukryte, występujące dopiero przy dokładnem badaniu, powstają punkty bolesne, będące wyrazem bodźców bólowych, podprogowych. W ten sposób powstają nieraz bóle głowy, bóle karku, ramion, neuralgje międzyżebrowe, bóle stawowe, różnorodne dolegliwości, wywołane promieniowaniem z narządów wewnętrznych. Są to rzeczy znane, ale zbyt mało się nieraz o nich myśli przy zwalczaniu niejasnych bólów neuralgicznych, w których znajdują zastosowanie pewne środki narkotyczne (eucodal, dicodid). W tych przypadkach powinna być wyszukana przedewszystkiem istotna, przyczyna bólowa, tkwiąca niejednokrotnie w narządach jamy brzusznej, którą usunąć można w sposób inny bez użycia narkotyków.

Drogą odruchów narządowo-narządowych, idącą przez włókna nerwowe wegetatywne, powstają nieraz w narządach jamy brzusznej bóle nie mające nic wspólnego ze stanem istotnym danego narządu, ale wywołane stanem chorobowym innego narządu. Te wszystkie połączenia nerwowe, różnorodne promieniowania bólowe są przyczyną trudności rozpoznawczych, powikłań, występujących w cierpieniach narządów jamy brzusznej. Wrzód żołądka z tej przyczyny przebiega nieraz pod postacią dusznicy bolesnej albo leczony bywa jako przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, opadnięcie trzewiów, wywołujące podrażnienie splotu słonecznego, bywa przyczyną napadów bólowych, naśladujących nieraz kolkę żółciową. Kolka żółciowa doprowadza odruchowo do skurczów żołądka, nasuwających myśl, że sprawcą cierpienia jest wrzód żołądka i t. d. Przykładów takich możnaby przytoczyć jeszcze bardzo wiele. Wszystkie te odruchy jednak prowdzą nieraz do gwałtownych bólów, umiejscawianych w różnych narządach jamy brzusznej, przy których pierwszym odruchem lekarza jest zastosowanie wstrzyknięcia morfiny czy pantoponu. Czy odruch taki jest słuszny?

Zastanawiając się nad działaniem alkaloidów makowca, szczególnie morfiny, na żołądek, nie sposób pominąć wyników doświadczeń zwierzęcych, świadczących, że morfina na dłuższy czas wstrzymuje opróżnianie się żołądka, zamykając oddźwiernik. Dłuższe zatrzymywanie treści w żołądku wzmaga w nim procesy fermentacyjne, co tak przy leczeniu wrzodów żołądka, jak i przy jego nieżytach, jest wysoce niepożądane. Spastyczne działanie morfiny na żołądek tłomaczy także spostrzeżenia, że niektóre osoby nietylko morfiny, ale nawet i kodeiny nie znoszą, reagując na nią bólami w okolicy żołądka. Z tego też względu w leczeniu wrzodu żoładka należy raczej unikać alkaloidów makowca, gdyż zamiast znosić bóle raczej je u tych chorych powiększają, a ponadto zmniejszają zdolność opróżniania się żołądka, a więc działają wręcz odwrotnie do zamierzeń leczniczych. Znacznie celowsza jest w tych stanach atropina, która znosi skurcze, będące przyczyną bólów; korzystne może być jej działanie w połączeniu z papaweryną, osłabiającą napięcie mięśni gładkich, szczególnie oddźwiernika. W tych stanach, w których, jak np. w nagłych krwawieniach, zależy na uspokojeniu i zahamowaniu ruchów żołądka, wstrzyknięcie morfiny należy przynajmniej połączyć z odpowiednią dawką atropiny. Uczucie bólu w okolicy żołądka występuje poza tem często odruchowo w przebiegu kamicy żółciowej, pokrywając czasami tę ostatnią. I w tych przypadkach nieraz chorzy otrzymują nietylko wstrzyknięcie morfiny w czasie ostrego napadu kamicy, co nie jest do uniknięcia, ale dostają do rąk krople opium do zażywania w razie zaostrzenia bólów. Najważniejszym czynnikiem leczniczym kamicy żółciowej jest z jednej strony zwalczanie zakażenia

dróg żółciowych, z drugiej strony zwalczanie zastoju żółci. Doświadczenie pokazuje, że słabe podrażnienie nerwu błędnego wywołuje skurcz i opróżnianie się pęcherzyka żółciowego z równoczesnem rozszerzeniem wspólnego przewodu żółciowego, otwarciem zwieracza Oddiego i następczym odpływem żółci, natomiast przy silnem podrażnieniu nerwu błędnego występuje skurcz zwieracza Oddiego i odpływ żółci pomimo skurczów pęcherzyka zostaje zahamowany; skurcz zwieracza występuje i przy podrażnieniu nerwu współczulnego, co hamuje odpływ żółci pomimo równoczesnego rozszerzenia dróg żółciowych. Ten stan rzeczy tłomaczy powstawanie żółtaczki na tle silnego wzruszenia nerwowego, przy którem z powodu podrażnienia nerwu współczulnego i błędnego zwieracz zostaje zamknięty, odpływ żółci zahamowany. W czasie ataku kolki żółciowej stwierdza się również nieraz wzmożone napięcie nerwu błędnego, widoczne ze skurczów żołądka, zresztą atakowi kolki żółciowej towarzyszy cały szereg objawów, wywołanych odruchowym podrażnieniem całego układu wegetatywnego (poty, bladość, nudności, dreszcze etc.). Nietylko napięcie nerwu błędnego przez zahamowanie odpływu żółci stać się może jedną z przyczyn kamicy żółciowej, ale także złogi w drogach żółciowych wywołać mogą odruchowe podrażnienie nerwu błędnego, a ból i powstające z tego powodu wzruszenie psychiczne, tak w jednym, jak i w drugim przypadku, wzmogą jeszcze bardziej objawy przez wtórne podrażnienie układu błędnego i układu współczulnego. W czasie ostrego napadu kamicy żółciowej morfina, pantopon i inne szybko działające alkaloidy makowca są wskazane z warunkiem, że będą podane równocześnie z odpowiednio dużą dawką atropiny, znoszącej skurcz zwieracza Oddi, wywołany podrażnieniem n. błędnego. Morfina w czasie ataku, znosząc świadomość bólu, działa również leczniczo, gdyż po ustąpieniu bólu i uspokojeniu chorych, zmniejsza się napięcie układu wegetatywnego. O ile jednak morfina, pantopon wskazane są w czasie ataku, to w stanach przewlekłych przy nieznacznych, występujących od czasu do czasu bólach podawanie morfiny, zalecanie albo przyzwyczajanie chorych do opium nie tylko nie jest wskazane, ale jest szkodliwe. Jedynie celowe oprócz innych wskazań djetetycznych i leczniczych jest wtedy zalecanie atropiny ew. w połączeniu z papaweryną, gdyż tą drogą oddziaływuje się przyczynowo na samą istotę cierpienia i bólu. Zdaje się, że się nie omylę, twierdząc, że stosowanie opium w tych wszystkich, czasami niewyraźnych objawach ze strony przewodu pokarmowego, ujmowanych raz jako kamica, to znowu jako wrzód żołądka, to znowu jako colitis, jest jedną z najczęstszych przyczyn nadużywania alkaloidów makowca w medycynie wewnętrznej, nadużywania szkodliwego z trzech względów — bo nie pomaga chorym na samą przyczynę cierpienia, bo ich przyzwyczaja do środka samo dla siebie szkodliwego, bo im odbiera wszelki hart psychiczny i czyni niezdolnymi do znoszenia najmniejszych dolegliwości bez uciekania się do środka znieczulającego. Przesady i nadużycia chorych można w tej dziedzinie porównać tylko do bezustannego używania proszków i „kogutków" z powodu bólów głowy. W tych samych stanach działanie alkaloidów jest jeszcze niepożądane przez wzgląd na ich wpływ na przewód pokarmowy. Opium, pantopon, pavon i pokrewne alkaloidy makowca nietylko hamują ruchy jelit, ale działają podobnie i na wydzielanie soku jelitowego. Tem się tłomaczą zaparcia, występujące pod wpływem tych środków. W leczeniu kamicy żółciowej ważnym czynnikiem jest pobudzenie ruchów robaczkowych jelit, będących jednym z warunków prawidłowego odpływu żółci i zwalczania jej zastoju. Zaparcia, spowodowane przez opium i pokrewne mu środki pogarszają jeszcze bardziej objawy kamicy żółciowej.

Alkaloidy te, szczególnie opium, nie są do zalecenia w napadach bólowych, na które cierpią chorzy w czasie napadów colitis mucoso-membranacea, należy unikać ich również u osób, mających rozwolnienia psychogenne i w tych wszystkich stanach, w których napady bólu, a także i rozwolnienia, wywołane są stanami podrażnienia ew. porażenia splotu słonecznego. Te cierpienia są odpowiednim terenem działania dla atropiny i jej pochodnych, z alkaloidów makowca jedynie zastosowanie papaweryny może być pożądane przez wzgląd na jej działanie, zmniejszające napięcie ściany jelita. Również i w przebiegu kolki ołowiczej szczególnie korzystne jest działanie atropiny ew. belladonny, znoszącej kurcze jelit, ale niezawsze się można obejść przez wzgląd na silne objawy bólowe bez alkaloidów makowca, morfiny, pantoponu,

szczególnie papaweryny; w wrzodziejących sprawach jelitowych bóle chorych wymagają nieraz zastosowania alkaloidów makowca; jednakże zasadniczo wszystkie objawy bólowe jelitowe, połączone z ich kurczami, są terenem działania atropiny, ew. w połączeniu z papaweryną, zmniejszającej napięcie ściany przez co i zawartość jelita przechodzi łatwiej przez miejsca przewężone; odnosi się to szczególnie do stanów zwężenia jelita. Uspakajające działanie alkaloidów makowca na ruchy jelit, czyni pożądanem ich stosowanie w sprawach zapalnych. W ostrem zapaleniu otrzewnej alkaloidy makowca łagodzą nieznośne bóle, zmniejszając szczególnie w połączeniu z atropiną lub belladonną wymioty i czkawkę, męczącą chorych. Natomiast wiele złego dzieje się, gdy w atakach bólowych, wywołanych ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego zostaje podany opium, czy inny alkaloid makowca. Znikają wtedy bóle, ale znika również i ostrzegający o powadze cierpienia sygnał bólowy, znikają ochronne napięcia mięśniowe, a w rezultacie obraz cierpienia zostaje zatarty i ustalenie rozpoznania utrudnione. W tych przypadkach ulgę przynosi spokój, przynoszą odpowiednie dawki belladonny czy atropiny, a wobec powagi cierpienia jest lepiej narazić chorego na bóle aż do chwili ustalenia rozpoznania, niż na znane ciężkie następstwa i powikłania. Natomiast wstrzymujące działanie alkaloidów makowca, w szczególności opium, zaznacza się dodatnio i czyni pożądane ich stosowanie w ostrych sprawach jelitowych, połączonych z rozwolnieniami. Leczenie tych stanów musi być jednak przedewszystkiem przyczynowe, a dopiero w zależności od nasilenia objawów bólowych i rozwolnień można posługiwać się różnemi alkaloidami makowca. Wstrzymujące działanie alkaloidów makowca szczególnie opium jest ponadto korzystne w stanach, w których stałe rozwolnienia wycieńczają chorych. Do tych stanów należą np. ciężkie, wyczerpujące chorych rozwolnienia w przebiegu gruźlicy, na zwalczanie których zaleca *Modrakowski* morfinę w połączeniu z kodeiną. Naogół jednak przy przewlekłych sprawach przewodu pokarmowego, połączonych z rozwolnieniami, lepiej jest unikać alkaloidów makowca, zastępując je atropiną lub belladonną, znoszącemi skurcze jelit, a może także zmniejszającemi ich wydzielanie. Wreszcie napad kolki nerkowej jest również wskazaniem do zastosowania morfiny czy pantoponu.

Nie sposób jest wymienić wszystkie objawy bólowe, występujące ze strony przewodu pokarmowego i innych narządów jamy brzusznej. Zasadniczo w najczęstszych ostrych sprawach bólowych, wywołanych kurczami jelit, środkiem zwalczającym przyczynę tych bólów jest atropina. Z tego względu konieczne jest kojarzenie jej z alkaloidami makowca w tych przypadkach, gdzie ból jest nietylko nie do zniesienia dla chorych, ale gdzie i jego natężenie, przez wtórne objawy, które za sobą pociąga, pogarsza jeszcze przyczynę cierpienia.

Gdyby alkaloidy makowca używane były tylko w tych przypadkach, gdzie są one bezwzględnie wskazane, gdzie zastosowanie ich wypływa z istoty cierpienia, albo też jedynie w tych stanach cierpień beznadziejnych, gdzie niema żadnego innego sposobu, by przynieść choremu ulgę, byłyby one dobrodziejstwem ludzkości, jednym z największych darów, jakim twórcza myśl świata obdarzyła człowieka. Jednak do żadnej może rzeczy, jak do środków narkotycznych nie odnoszą się tak słusznie słowa jednego z największych, a także najkrytyczniejszych znawców natury człowieka, Błażeja Pascala: „wszystko nam śmierć przynosi — nawet rzeczy, stworzone do tego, by nam służyły”.

# O szpitalu w Ciechanowie Mazowieckim — parę uwag i spostrzeżeń.

PODAŁ
DR. WŁODZIMIERZ TALKO.

*„Ciechanovia amplum est oppidum ad Lydiniam flumen, arxe* [1]*), lateritia et aliquot publicis aedificiis signe".*
*Święcicki na początku XVII w.*

Ciechanów Mazowiecki — który ongi był jednym z wielkich grodów mazowieckich i w którym — po wcieleniu Mazowsza do Korony — często i chętnie przebywała w swoim zamku królowa Bona — dziś jest powiatowem miastem, liczącem według ostatniego z 1931 r. dokonanego spisu — 13,954 mieszkańców.

Ludność cywilna — bez skoszarowanego wojska — powiatu ciechanowskiego wynosiła 78,987. Co do zajmowanego obszaru powiat Ciechanowski zajmuje siódme miejsce w składzie powiatów Płockiego Mazowsza.

Charakter naszego powiatu wybitnie rolniczy — posiada trzy cukrownie o produkcji około 150.000 kwintali i jeden duży browar sukc. Machlejda.

I ten ładnie na wysokim brzegu Łydyni sytuowany Ciechanów, posiadający kilka architektonicznych zabytków, dobrze zakonserwowane pośród mokradeł ruiny zamku książąt mazowieckich z dwoma basztami, okazały w śródmieściu gmach zajmowany przez starostwo, policję, sąd grodzki, urząd skarbowy i sejmik, przewspaniały budynek wojewódzkiego schroniska sierot — nie posiada dotąd szpitala w swoim własnym gmachu.

Jakże inaczej przedstawia się sprawa w odległym o 35 kilometrów Płońsku, który co do liczby mieszkańców mniej zaludniony od naszego Ciechanowa (10,398), a powiat płoński nie bardzo wiele gęstsze posiada zaludnienie od naszego powiatu (81435).

W tym Płońsku, w którym w 7-ym lat dziesiątku ubiegłego stulecia miejscowy lekarz wolnopraktykujący Dr. Jan Jędrzejewicz własne posiadał obserwatorjum astronomiczne i ogłaszał podejmowane w niem liczne prace i czynione spostrzeżenia — w tym Płońsku oddany został w dniu 19-go kwietnia 1930 r. do użytku publicznego szpital imienia marszałka Piłsudskiego, zbudowany — horribile dictu! — kosztem 1 miljona 300 zł. z całkowitem urządzeniem, przyczem całkowity program budowy nie został jeszcze wykonany.

Cały olbrzymi pawilon stoi pustką i niewiadomo jeszcze, jak się go wykorzysta.

Cały frontowy gmach — wykonany w/g projektu architekta Michalskiego — czyni przewspaniałe wrażenie, ozdobiony klombami, harmonją linji i kształtów — mógłby bezsprzecznie służyć ozdobą placu w samej naszej stolicy.

Sejmik płoński zagalopował się mocno i wyobrażamy sobie dokładnie, jak wiele ma dziś z tytułu wszelkich zobowiązań trosk i ciężkich kłopotów a to jeszcze w takich potwornych pod względem finansowym czasach, kiedy nieregulowane należności rosną jak na drożdżach.

I dla tego my — Ciechanowianie — w marzeniach swoich o własnym i we własnej siedzibie szpitalu jesteśmy przynajmniej dziesięciokrotnie skromniejsi.

Nasz obecny szpital sejmikowy w Ciechanowie mieści się w dwóch domach przy ruchliwej ulicy Płońskiej — Nr. 36 i 32.

Jak nastanie lato — szpital tonie w tumanach kurzu i nie masz nikogo w radzie miejskiej, któryby wymową przemówił do sumienia ojców miasta i pobudził do wydania polecenia, ażeby posiadaną cysterną — Fordem zlewał regularnie, przez całe lato — również i odcinek ulicy pomiędzy cmentarzem i rzeźnią. Urządzenie wewnętrzne szpitala urąga najprymitywniejszym wymogom!

Ubikacje *00* są niżej wszelkiej krytyki, ciasna kliteczka do użytku dla kobiet i mężczyzn. Wspólna!

Transporty chorych do sali operacyjnej odbywają się według odwiecznych zasad: na rękach — bo ruchy noszy w wąskiej klatce schodowej — uniemożliwione!

---

[1]) Zamek murowany z cegły.

I w tym szpitalu ciechanowskim w ciągu ubiegłego roku od 1.IV. 1933 r. do 1.IV. 1934 r. dokonano 349 operacji, zejść śmiertelnych w tej liczbie było 7.

Zapraszany przez naczelnego lekarza szpitala Dra Schwanke w ciągu ostatnich kilku tygodni do asysty przy operacjach — podaję zestawienie dokonanych operacji w ciągu jednego miesiąca tylko w tym skromniutkim i tak bardzo ubożuchno prezentującym się szpitalu powiatowym — jako ilustrację, co nawet w tych warunkach zdziałać można.

*Wykaz operacji dokonanych w szpitalu Ciechanowskim w ciągu marca 1934 r.:*

1. Prolapsus uteri totalis; zmarła dn. 19.III. 34 r., wskutek powikłania. Pneumonia dextra.
2. Vulnus laceratum femoris, suturae setonage, — wyzdrowienie.
3. Parulis, incisio. — wyzdrowienie.
4. Vulnera capitis, toaleta rany. Szwy pojedyńcze, — zmarł 10.III. 34. Konie poniosły, spadł z wozu. Przybył z rwaną raną okolicy czołowo-potylicowej z obnażonemi kośćmi ciemieniowemi. Ogólny wstrząs.
5. Neoplasma malignum in regione subscapularis. Exstirpatio musc. subscap. partialis, fasciae totalis paquelinizacja, — polepszenie. Rozpoznanie zakładu anatomji patologicznej Uniw. Warsz.: mięsak olbrzymiokomórkowy (sarcoma gigantocellulare).
6. Trauma oculi vulnus lacer. palp. sup. Suturae in regione palpebrae super., — polepszenie.
7. Carcinoma cerv. uteri Haemorrhagia. Excochleatio z powodu silnego krwotoku i tamponatio.
8. Neoplasma nasi, Exstirpatio. Suturae.
9. Hernia inguin. obl. d. Herniotomia op. Bassini, — wyzdrowienie.
10. Abortus incipiens. Dilatatio. Abrasio, — wyzdrowienie.
11. Placenta accreta totalis. Ruptura perinei II intra partum. Ręczne wydobycie łożyska. Perineorraphia, — wyzdrowienie.
12. Appendicitis subacuta. Laparatomia m. Lenander. Appendectomia, — wyzdrowienie.
13. Ciąża 3 mies. Gruźlica płuc. Abortus artificialis.
14. Partus. Episiotomia. Suturae.
15. Appendicitis subac. Laparatomia m. Lenander. Appendectomia, — wyzdrowienie.
16. Graviditas. Położenie główkowe. Wypadnięcie rączki. Obrót na nóżkę. Wody odeszły 11 godzin przed przybyciem do szpitala, przysłana przez lekarza powiatowego.
17. Hypertonia essentialis. Venaesectio.
18. Hernia permagna utr. inguinalis. Herniotomia m. Bassini, — wyzdrowienie.
19. Appendicitis chr. Laparatomia m. Lenander. Appendectomia, — wyzdrowienie.
20. Otitis med. pur. chr. dext. Mastoiditis. Incisio Wilde. Setonage, — poprawa.
21. Abortus. Abrasio, — wyzdrowienie.
22. Carcinoma uteri (suspectio). Abrasio probata, — wypisana na drugi dzień ze szpitala w dobrym stanie.
23. Abs. in regione artic. talo-crur. et in regione antibrachii. Incisiones. Setonage, — wyzdrowienie.
24. Carcinoma coli sigmoidei. Laparatomia med., resectio. Laparatomia pararect. Anus praeternaturalis, — pozostaje w szpitalu — stan dobry; rozpoznanie zakładu anatomji patologicznej Uniw. Warsz., carcinoma coli sigmoid. adenoides.
25. Absc. peritonealis circumscr. post appendicitem. Incisio. Setonage, — poprawa.
26. Hernia directa post operationem. Herniotomia plastica m. Kocher. Transplantatio fasciae latae c. musc. quadriceps partialis, — wyzdrowienie; ma się zgłosić po kilku miesiącach.
27. Abortus febrilis. Dilatatio. Abrasio uteri, — wyzdrowienie.
28. Cysta dermoid. in regione supra orbit. Exstirpatio, — wyzdrowienie.
29. Graviditas III m. Vitium cordis. Dilatatio. Abort art., — wyzdrowienie.
30. Residua placentae p. abortum m. IV. Haemorrhagia. Wyjęcie łożyska kleszczami. Abrasio, — wyzdrowienie.

Ten znikomy procent zejść śmiertelnych szpitalni chorzy zawdzięczać mogą jedynie albo doświadczonej i umiejętnej technice operacyjnej D-ra Schwanke, albo — jak mówi złośliwy chochlik — tej okoliczności, że siostry stale się modlą.

Patrzę na pracę szpitalną D-ra Schwanke i uprzytamniam sobie słuszność słów — bodaj że D-ra Biegańskiego, że kto niema miękkości i słodyczy w obejściu, kto niema dość siły woli, aby zawsze i wszędzie panować nad sobą — ten dobrym lekarzem nie będzie.

Asysta moja czynna przy operacjach w szpitalu Ciechanowskim przypomniała mi żywo czasy, kiedy po powrocie z Rosji na zgliszcza i popioły, nie znajdując nic zgoła z dobytku, a który był owocem 25-letniej pracy mojej zawodowej, zaprzągłem się i ja również do pracy szpitalnej na rubieżach państwa. Ten okres dwuchletniej niemal pracy na samodzielnym stanowisku kierownika szpitali — wśród ludności tonącej w brudzie i nie rozumującej kategorjami państwowemi uważam za iście obywatelski akt poświęcenia.

Na tych stanowiskach doświadczyłem osobiście, jak wielce sympatycznem zjawiskiem jest życzliwe ustosunkowanie się lekarza powiatowego do szpitala komunalnego czy rejonowego.

Uważam, że lekarz bez taktu może zatruwać swoją ingerencją nieprodukcyjną i papierkami spokój duszy lekarza szpitalnego.

Jest to mojem zdaniem anachronizm, który winien być bezwzględnie zmodernizowany.

Dziś rano zdarłem kartkę z kalendarza i przeczytałem kilka złotych myśli.

Oto one.

Trzeba wszystko ulepszać dokoła siebie.

I że nie osiągnie nigdy lepszego położenia ten, kto obojętnie przechodzi koło ludzi i rzeczy, nie usiłując doskonalić i poprawiać zarówno dusz ludzkich jak i warunków życia codziennego.

Więc jeżeli dzielę się wrażeniami z częstych odwiedzin szpitala powiatowego (jakże niestety rzadko spotykanemi na szpaltach miesięczników, przeznaczonych *dla szerszego ogółu lekarzy)* czynię to gwoli zachęty miarodajnych czynników do gorętszego zajęcia się sprawą szpitala w Ciechanowie — jako najważniejszej placówki użyteczności publicznej, a na razie gwoli przypomnienia — po raz tysiączny może, iż na wszystkich odcinkach pracy czy państwowej, czy samorządowej, czy społecznej — tylko zgodna symbioza buduje — *concordia parvae res crescunt!*

Ciechanów Mazowiecki,

W kwietniu 1934 r.

# STRESZCZENIA

## CHOROBY WEWNĘTRZNE.

**Różne postacie kliniczne wola, połączonego z wytrzeszczem. (Types cliniques différents de goitre exophtalmique). Castaigne et Chaumerliac.**

*Journal Médical Français. Nr. 3. 1934.*

Badając chorych z charakterystycznemi objawami wola, połączonego z wytrzeszczem, przyspieszeniem tętna, drżeniem rąk, etc., należy się zawsze zastanowić do jakiej postaci klinicznej zaliczyć badany przypadek, gdyż w zależności od formy cierpienia różne będzie nietylko leczenie, ale i rokowanie. Te stany, w których pomimo wszystkich zewnętrznych objawów chorzy nie chudną, w których podstawowa przemiana materji nie jest podwyższona i gdzie wreszcie klasyczne leczenie choroby Basedowa pozostaje bez skutku, należą do postaci t. zw. basedowizmu w którym zmiany chorobowe, nieraz bardzo uporczywe, zostały wywołane zaburzeniami równowagi układu wegetatywnego. W innych przypadkach charakterystyczną cechą kliniczną choroby jest systematyczne chudnięcie chorych; wykazanie podwyższenia podstawowej przemiany materji w tych przypadkach wykazuje nadczynność tarczycy, która klinicznie wyraża się chudnięciem, biologicznie podwyższeniem podstawowej przemiany materji. W każdym więc przypadku wola powinno być wykonane badanie podstawowej przemiany celem określenia charakteru cierpienia. Odróżnia się obecnie dwie postaci wola połączonego z nadczynnością tarczycy: chorobę Basedowa i gruczolaka złośliwego. Cechą charakterystyczną tego ostatniego obrazu chorobowego jest przedewszystkiem, wychudzenie, zaburzenia czynności serca, żółtaczka, połączone z podwyższeniem podstawowej przemiany materji. W zależności od nasilenia wymienionych objawów odróżnia się formy ciężkie od łagodnych, przyczem istnieją stany przejściowe między jednemi i drugimi. Ciężkie postacie gruczolaka złośliwego występują częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Występują one albo u osób, które już od dłuższego czasu miały zwyczajne wole albo też bez żadnych zmian tarczycy. Najważniejszą cechą cierpienia jest znaczne i szybko postępujące wychudzenie, połączone z nadzwyczaj silną pobudliwością układu nerwowego. Temu stanowi towarzyszą zawsze zaburzenia sercowe i naczyniowe, ciężka tachycardia, wahająca się między 110 — 148, zaburzenia rytmu serca przez wystąpienie skurczów dodatkowych lub migotanie przedsionków, nadciśnienie, które jedni autorzy stwierdzają we wszystkich przypadkach, inni tylko czasami. Objawy oczne mają według jednych autorów być rzadkie, według innych częstsze. Drżenie nie zawsze występuje, jeżeli jest obecne ma być słabe. Podwyższenie podstawowej przemiany materji ma według Plummera być nagół niższe od 50%, autorzy zaś twierdzą, że jest ono wysokie. Wychudzenie i podwyższenie podstawowej przemiany materji postępuje równolegle. W przypadkach łagodnego gruczolaka złośliwego wszystkie opisane objawy są złagodzone, szczególnie wychudzenie ma być słabsze i podwyższenie podstawowej przemiany nieznaczne, objawy sercowe również nie dokuczają tak bardzo chorym. Tylko zespół i stopień natężenia objawów klinicznych pozwala odróżnić lekkie od ciężkich postaci gruczolaka złośliwego.

Wychudzenie i zaburzenia sercowo-naczyniowe w przebiegu choroby Basedowa są podobne jak w gruczolaku złośliwym. Rodzaj wola pozwala przedewszystkiem odróżnić te dwa stany. Chorobę Basedowa charakteryzuje ogólne, elastyczne powiększenie tarczycy, jej silne unaczynienie zdradzające się szmerami, słyszalnemi przy osłuchiwaniu tarczycy. W gruczolaku złośliwym niema tego ostatniego objawu, przerost tarczycy jest ściśle umiejscowiony i odgraniczony. Wytrzeszcz bardzo znaczny w przebiegu choroby Basedowa jest słaby albo go niema zupełnie przy gruczolaku złośliwym, drżenie wyraźne przy pierwszem cierpieniu jest słabe lub nieobecne przy gruczolaku, to samo odnosi się do pocenia. Pomimo tych różnic nie można odgraniczyć między jedną i drugą postacią. Autorzy przypuszczają, że obie postacie są wyrazem klinicznym jednego i tego samego zaburzenia t. j. nadczynności tarczycy.

Leczenie nadczyności tarczycy wymaga przedewszystkie spokoju i z tego względu nieraz już sam pobyt w łóżku zmniejsza podstawową przemianę chorych. Pozatem podstawową metodą leczniczą jest stosowanie jodu, który się podaje we wszystkich przypadkach nadczynności tarczycy, niezależnie od tego czy jest pierwotna czy wtórna i niezależnie od postaci klinicznej w jakiej się objawia. Jod podaje się w postaci rozczynu Lugola, chorzy zażywają 3 razy dziennie po 7 kropli tego rozczynu w łyżce mleka, dawki te powiększa się stopniowo do 3 razy dziennie po 10 kropli. Już 15 dnia od rozpoczęcia leczenia zaznacza się poprawa kliniczna wzrostem wagi i zmniejszeniem podstawowej przemiany. Autorzy zalecają w tym czasie powiększenie dawek jodu rozdzielając go równocześnie na większą liczbę dawek dziennie. Podnosząc codzienną dawkę jodu o jedną kroplę dochodzą autorzy powoli do LXXX — C kropli dziennie, rozdzielonych na 6 dawek. Z chwilą powrotu podstawowej przemiany materji do stanu prawidłowego podają autorzy te dawki jodu przez czas dłuższy, mniej więcej około miesiąca, a to w celu ustabilizowania poprawy. Później powoli zmniejsza się stopniowo dawki jodu do LX — L kropli dziennie przy stałej kontroli podstawowej przemiany. Jeżeli występują znowu podwyższenia tej ostatniej podnosi się odpowiednio dawki jodu. Jeżeli badania podstawowej przemiany materji są z tych czy innych względów niemożliwe należy jod stosować pod kontrolą wagi, w tym przypadku jednak kontrola

jest mniej dokładna. Ten okres leczenia trwa naogół około 3 miesięcy. W trzecim okresie leczenia zażywa chory regularnie, w przebiegu miesięcy i lat codziennie, małe dawki lugolu, które są odmienne dla każdego chorego, wynoszą mniej więcej w dwóch dawkach od 14 — 24 kropli dziennie. I w tym czasie leczenie odbywa się pod kontrolą wagi i podstawowej przemiany. Wyniki opisanego sposobu leczenia są naogół doskonałe. Odporność na jod bywa spowodowana przez posuniętą niedomogę serca, przez niewystarczające dawki lugolu, przez formy nadczynności tarczycy nie reagujące na działanie jodu. Leczenie promieniami Rentgena albo zabieg chirurgiczny są wskazane w przypadkach jodoodpornych albo też wtedy, gdy chorzy nie są w stanie poddać się systematycznemu długotrwałemu leczeniu jodem. Leczenie radowe powinno się również odbywać pod stałą kontrolą podstawowej przemiany. Zabieg chirurgiczny powinien być zawsze poprzedzony leczeniem jodowem, które według jednych autorów powinno trwać przynajmniej 15 dni, według innych kilka miesięcy. Ponieważ i po zabiegu mogą wystąpić objawy nadczynności tarczycy, podawanie jodu należy stosować nieraz przez czas dłuższy i po zabiegu.

**Leczenie dusznicy bolesnej kwasami aminowemi. (Traitement de l'angine de poitrine par les acides aminés). Paul Veran.**

*Paris Médical. Nr. 13. 1934.*

Korzystne wyniki stosowania kwasów aminowych w przebiegu uporczywych i bolesnych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego skłoniły autora do zastosowania tego samego sposobu leczenia w przebiegu uporczywych ataków dusznicy bolesnej. Autor używał rozczynu mieszanego 4% histidiny i 2% tryptofanu. Wstrzykuje jednak środek nie śródżylnie, ale podskórnie na stronie zewnętrznej uda, stosując znacznie większą dawkę niż poprzednio opisywane, podaje bowiem codziennie w ciągu 8, 10 lub 15 dni 5 $cm^3$. wspomnianej mieszaniny. Autor opisuje 10 przypadków prawdziwej dusznicy bolesnej, w których działanie kwasów aminowych było nad wyraz korzystne. Działanie to zaznacza się przedewszystkiem uspokajaniem bólu i nieraz w przypadkach ciężkich, w których morfina, papaweryna i azotyny zawiodły, kwasy aminowe po kilku godzinach łagodziły bóle, po kilku dniach usuwały ciężkie stany dusznicowe, a w przypadkach dusznicy wysiłkowej, w których przejście kilku kroków wywoływało bóle już na drugi dzień umożliwiały dłuższy spacer, a nawet pewien wysiłek fizyczny. Wynik korzystny leczenia nie jest jednak stały i po kilkunastu dniach bóle wracają znowu, aby ustąpić pod działanie nowych wstrzyknięć. Działanie kwasów aminowych na stan krążenia zaznacza się spadkiem ciśnienia skurczowego podczas gdy ciśnienie rozkurczowe pozostaje niezmienione. Spadek ciśnienia skurczowego ustępuje naogół w kilka godzin po wstrzyknięciu, czasami utrzymuje się przez okres leczenia, poczem wraca do stanu poprzedniego. Tętno pod wpływem leczenia się nie zmienia, autor nie zauważył zmian naczynioruchowych. Pomimo, że sposób działania tryptofanu i histidiny na splot sercowy jest nieznany, jest on jednak nieraz tak widoczny, że leczenie kwasami aminowemi powinno wejść do metod leczniczych stosowanych w przebiegu różnych form dusznicy bolesnej.

**Insulinemia zmęczenia. (Les insulinemies de fatigue). Sendrail et Blancardi.**

*Paris Médical. nr. 13. 1934.*

Wahania poziomu cukru we krwi po pracy fizycznej znane są oddawna. Po ciężkiej długotrwałej pracy liczni autorzy stwierdzali hypoglikemję, przed tym spadkiem występuje czasami krótkotrwałe powiększenie poziomu cukru we krwi. Wygląda to tak jakby wątroba pod wpływem bodźca pracy wytrząsała większe ilości cukru do krwiobiegu. Po ciężkich długotrwałych wysiłkach występuje jednak zawsze obniżenie poziomu cukru, jego powrót do stanu prawidłowego wymaga dwóch do trzech godzin. Stwierdzono także, że podawanie cukru przed wysiłkiem np. przed zawodami pozwala zakończyć je w dobrej formie nawet tym zawodnikom, których regulacja węglowodanowa była wadliwa. Autor zwraca uwagę, że objawy zmęczenia podobne są do objawów hipoglikemji i omawia czynniki, mogące wywołać hipoglikemję zmęczenia. Wiadomą jest rzeczą, że zawartość adrenaliny w nadnerczach psów zmęczonych jest bardzo zmniejszona, natomiast jeżeli zwierzęta mogły odpocząć kilka godzin po wysiłku adrenalina nagromadza się znowu. Doświadczenia kliniczne pokazują również, że deficyt adrenalinowy wyraża się zmęczeniem i hipoglikemją. Spadek więc poziomu cukru we krwi może się w pewnych przypadkach tłumaczyć zaburzeniami w wydzielaniu adrenaliny. Ponadto może w grę wchodzić i działanie insuliny. Autor znalazł, że umiarkowane ćwiczenie cielesne chorych cukrzycowych pozwala zmniejszyć dawkę insuliny. Otrzymuje się wrażenie jakby wysiłek doprowadzał do większego wydzielania insuliny ustrojowej, co pozwala zmniejszyć jej dawkę z zewnątrz. Doświadczenie pokazało też, że chorzy cukrzycowi, uprawiający ćwiczenia cielesne i sporty są zmuszeni zmniejszać dawki insuliny w dniu ćwiczenia, gdyż przy zastosowaniu dawki zwykłej występują objawy hipoglikemji. Działanie insuliny i działanie pracy łączą się więc ze sobą i dają spadek poziomu cukru, który przy skombinowanem działaniu tych dwóch czynników jest znaczniejszy, niż przy wpływie każdego z nich oddzielnie. Autor wstrzykiwał zwierzętom pozostającym na czczo i w spokoju określone dawki insuliny, oznaczając następnie poziom cukru we krwi, poczem podawał te same dawki po określonem ćwiczeniu i porównywał następnie otrzymane krzywe poziomu cukru we krwi. Po zmęczeniu stale występował znaczniejszy spadek poziomu cukru we krwi. Istnieje ponadto stały i prosty stosunek między spadkiem krzywej cukru we krwi, a czasem trwania ćwiczenia. Wynika więc z tych doświadczeń, że zmęczenie zwiększa wrażliwość ustroju na działanie insuliny. Autor tłumaczy ten stan zakłóceniem równowagi hormonalnej przez pracę mięśniową.

Przy uciążliwej pracy mięśniowej zostaje jakby zużyta adrenalina produkowana przez ustrój wobec tego powstaje pewna przewaga insuliny, zaznaczając się spadkiem poziomu cukru we krwi, możliwe, że wchodzą także w grę wszystkie trzy czynniki, t. j. lepsze wyzyskanie insuliny, większe wydzielanie insuliny dzięki pobudzeniu czynności trzustki i względna przewaga in-

suliny z powodu wyczerpania adrenaliny. Z doświadczeń tych wynika, że odporność fizyczna jednostki zależy nietylko od jej siły mięśniowej, ale i od równowagi jej czynności hormonalnych. Wytrzymałość przy dłuższych i cięższych wysiłkach zależy więc od należytego wydzielania adrenaliny i umiarkowanego wydzielania insuliny. Pewien deficyt adrenalinowy przy względnie prawidłowem lub wzmożonem wydzielaniu insuliny doprowadza do powstania charakterystycznych stanów zmęczenia. Kliniczne znaczenie tych badań polega ponadto i na tem, że wykazują one iż ćwiczenie cielesne może być zużytkowane w przypadkach cukrzycy jako środek leczniczy pomocniczy w połączeniu z leczeniem insulinowem.

**O zapaleniu nerek wywołanem przez sole złota. (Sur la néphrite par les sels d'or). B e r n a r d et R o s s i e r.**

*Paris Médical. Nr. 1. 1934.*

Nerki wydzielają 75 — 80% całkowitej ilości złota usuwanej z ustroju. Wydzielanie to zaczyna się bardzo wcześnie, bo już w 30 minut po wstrzyknięciu złota i naogół większa część wprowadzonego do ustroju złota wydziela się już w kilka godzin po wstrzyknięciu, zmniejsza się w ciągu dni następnych, trwać może jednak w ciągu kilku miesięcy; naogół jest ono bardzo powolne. Ustrój chory zatrzymuje około 60% wprowadzonego złota, a jeszcze osiem miesięcy po zakończeniu całkowitego leczenia złotem znajdowano je w moczu. Złoto zostaje zatrzymywane w wątrobie, w śledzionie i w nerkach. Doświadczenia na zwierzętach pokazały oddawna, że wstrzykiwania złota wywołują bardzo poważne uszkodzenia nerek, uszkodzenia tem większe, im większa była dawka złota, i im częściej powtarzano wstrzykiwania. Kliniczne objawy sprawy nerkowej, powstałej na tle leczenia złotem, podobne są do innych objawów zapalenia nerek na tle zatrucia metalami, ilość moczu się zmniejsza, w moczu zjawia się białko, wałeczki, czasami stwierdza się znaczne zatrzymanie azotu. Początkowo przypuszczano, że sprawa nerkowa jest następstwem działania złota na laseczniki Kocha, których toksyny uwalniają się przy rozpadzie. Przypuszczenie to jednak musiało upaść gdyż stwierdzono, że zapalenia nerek występują również i poza gruźlicą, w innych przypadkach chorobowych leczonych złotem np. w przebiegu przewlekłych cierpień stawowych. Znacznie prawdopodobniejsze jest twierdzenie, które widzi w sprawach zapalnych nerek objawy, podobne do zatrucia innemi metalami np. bismutem, rtęcią, arszenikiem. Jednakże i to przypuszczenie nie wyjaśnia całkowicie szkodliwego działania złota na nerki, gdyż istnieją przypadki w których szkodliwa dawka złota była tak mała, iż wnioskować raczej należy, że organizm nie znosi nawet najmniejszych dawek złota, że istnieje pewna idiosynkrazja w stosunku do złota podobnie, jak znaną jest w stosunku do arszeniku.

Powikłania nerkowe w przebiegu leczenia złotem nie są częste (5,7%), mają one być rzadsze od powikłań gorączkowych, ze strony przewodu pokarmowego i od powikłań skórnych. Naogół nie są to także zapalenia ciężkie. Albuminuria, która zjawia się często w parę godzin po wstrzyknięciach złota, której wysokość jest zmienna trwa trzy, cztery dni, później znika; czasami trwa ona dłużej i wtedy trzeba przeczekać z następnem wstrzyknięciem złota aż do ustąpienia białka z moczu. Uszkodzenie występuje najczęściej tylko w postaci białkomoczu, który znika gdy się zaprzestaje wstrzykiwań złota. Czasami przy białkomoczu słabego stopnia zjawiają się wałeczki ziarniste, czasami hematuria, jednakże i w tych przypadkach trudno jest wykazać objawy niewydolności nerki, gdyż badania stałej Ambarda wykazały, że zachowuje się ona prawidłowo. Obok tych form lekkich istnieją jednak cięższe postacie zapalenia nerek z wyraźnem zatrzymaniem azotu, przy prawidłowem zachowaniu się chloru. Objawy kliniczne są w tych przypadkach wyraźniejsze, chorzy się skarżą na bóle w okolicach lędźwiowych, diureza się zmniejsza, w moczu, zawierającym znaczne ilości białka, mało moczanów, zjawia się krew. Jednakże i te objawy szybko znikają. Literatura podaje jednakże opis ciężkich powikłań nerwowych, zakończonych śmiercią, po 1 gr. sanokryzyny, po której wystąpiła całkowita anuria. Jednakże od czasu gdy nauczono się stosować złoto w dawkach ostrożnych wypadki takie są rzadkie. Autorzy podają opis kliniczny objawów nerkowych, występujących po bardzo małych dawkach złota i robiących raczej wrażenie uczulenia na złoto ze strony nerek. Cechą charakterystyczną tych przypadłości jest ich nagłe wystąpienie, makroskopowo widoczna krew w moczu, bóle w okolicy lędźwiowej. Do charakterystycznego opisu tych spraw należy jeszcze ich znikanie bez pozostawienia objawów niewydolności nerek, znikanie równie szybkie jak było pojawienie. W podobnych przypadkach uczulenia nerek powstaje pytanie czy można mimo to stosować leczenie złotem. Jako regułę należy przyjąć, iż nie wolno stosować złota tak długo, jak długo nie ustąpi całkowicie białkomocz, wywołany poprzedniem wstrzyknięciem. W każdym razie gdy zjawiający się białkomocz wykazuje nadwrażliwość nerki w stosunku do złota należy unikać dawek wysokich. Wprawdzie wiele osób znosi dobrze te dawki, jednakże można narazić chorych na ciężkie powikłania. Wprawdzie małe dawki nie chronią całkowicie od tych powikłań we wspomnianych przypadkach nadwrażliwości, jednakże stopień tych powikłań jest zależny od wysokości dawki. Stosując jednorazowo dawki tiosiarczanu złota nie przewyższające 0,2 — 0,25 unika się naogół cięższych powikłań. Autorzy rozpoczynają wstrzykiwanie od dawki 0,05, którą co tydzień powiększają.

*E. Reicher.*

## CHOROBY DZIECIĘCE.

**Ropień płuca u dziecka. (Absces du poumon chez l'enfant). C. B l e c h m a n n A. B o h n.**

*La pédiatrie pratique 1934.*

Zasadniczej różnicy pomiędzy ropniem płuc u dorosłych i dzieci niema. Analogja jednak nie jest zupełną. Wszyscy autorzy podkreślają znaczenie badania radjologicznego, które stwierdza obecność owalnej jamy zawierającej płyn i powietrze. Jama w stosunku do swej dużej osi ułożona jest pionowo, w odróżnieniu od obrazu poprzecznego przy międzypłatowym wysięku.

Przebieg ropni płuc u dzieci w większości

przypadków dąży do samowyleczenia, po okresie dłuższej gorączki, wskutek przebicia się do oskrzela i opróżnienia tą drogą zawartości.

Różne banalne sposoby leczenia stosowane przez wielu autorów dawały wyniki zbliżone, to zn. w większości przypadków pomyślne. *Sergent, Baumgarten i Kourilsky* ustalili w stosunku do dorosłych, że o ile po 2 do 2½ miesięcy nie nastąpiło wyleczenie samoistne, nie należy się go spodziewać na drodze leczenia konserwatywnego. W stosunku do dzieci jednak *Nobécourt* i *Lereboullet* są zdania odmiennego przyjmując, że i po 3 — 4 miesiącach wyleczenie może nastąpić samoistnie.

W niektórych wypadkach u dzieci, podobnie jak i u dorosłych istnieją wskazania do specjalnych metod leczniczych, któremi są: bronchoskopja połączona z aspiracją i odma sztuczna. *Lesné* sądzi jednak, że bronchoskopja u małych dzieci jest przeciwwskazaną, ze względu na trudności techniczne i następstwa (owrzodzenia i obrzęk krtani). Autorzy amerykańscy przeciwnie w licznych przypadkach posługują się u dzieci bronchoskopją, przy nieznacznym odsetku powikłań. Według Lesné'go wskazania do odmy sztucznej u dzieci są również bardzo ograniczone, ze względu na dążność cierpienia do samowyleczenia i na pewne niebezpieczeństwa: przerwanie zlepów, zakażenie jamy opłucnowej.

*Lerebaullet* wskazuje na wartość leczenia szczepionką (propidon) pod warunkiem stosowania małych dawek: ¼ — ½ cm. w odstępach dwudniowych. Leczenie jest dobrze znoszone i wywołuje tylko nieznaczne odczyny gorączkowe.

Autor wspomina dalej o wstrzykiwaniach dożylnych 33% alkoholu według metody *Landau'a*, zapytując, czy jest pożądanem wywoływanie u dzieci codziennego, aczkolwiek przemijającego odurzenia alkoholowego.

Powstaje wreszcie leczenie chirurgiczne, do którego ustalił ściśle wskazania *Iselin*. Przy ropniu płuca często istnieje ropny wysięk w jamie opłucnowej. Leczenie w tych przypadkach przedewszystkiem dąży do zlikwidowania wysięku w opłucnej za pomocą pleurotomji. Wykonany w odpowiednim czasie zabieg doprowadza w większości przypadków do wyleczenia jednej i drugiej sprawy.

**Odczyn tuberkulinowy i jego wartość rozpoznawcza u dzieci. (La cuti — réaction et sa valeur diagnostique chez l'enfant). M. L e s n é.**

*La pédiatrie pratique. Mars 1934.*

Odczyn tuberkulinowy wykonywany systematycznie u wszystkich dzieci w szpitalu Trousseau od przeszło dziesięciu lat daje autorowi stale poważne wskazówki rozpoznawcze. Odczyn tuberkulinowy jest zabiegiem prostym i nieszkodliwym.

Dodatni odczyn jest bezwzględnym wskaźnikiem gruźliczego zakażenia ustroju, ale nie przesądza oczywiście czy sprawa jest czynną. Wartość odczynu jest największa w pierwszych latach życia, kiedy zakażenie jest najczęściej jeszcze sprawą czynną.

U dorosłego odczyn może wygasać w przebiegu niektórych ostrych chorób i w okresie gruźliczego wyniszczenia, — u dzieci przeciwnie odczyn zawsze pozostaje dodatnim. Odczyn zaczyna występować po 12 godzinach w postaci zaczerwienienia (plamy), które po 24 — 48 godzinach przekształca się w grudkę (papula). Czasami na szczycie grudki powstaje mały pęcherzyk. U ciężko chorych, w okresie końcowym odczyn może być blady i trudno dostrzegalny wzrokiem, ale wyczuwa się przy obmacywaniu palcem. W niektórych, rzadkich zresztą przypadkach, odczyn może być opóźniony i pojawia się dopiero trzeciego lub czwartego dnia.

Największą wartość posiada odczyn w wieku niemowlęcym. U niemowląt w pierwszym kwartale życia widuje się rzadko (okres autoallergiczny), później coraz to częściej. Rozpoznanie gruźlicy u niemowląt jest zawsze trudne, z braku ścisłych objawów. Mogą to być wspaniałe dzieci, które przychodzą z powodu banalnej biegunki, i u których badanie fizykalne jak i rentgenoskopja zawodzą. Stwierdzenie dodatniego odczynu tuberkulinowego posiada wtedy wartość bezwzględną: stwierdza istnienie czynnej sprawy gruźliczej. Odczyn tuberkulinowy stanowi cenną pomoc przy rozstrzyganiu wątpliwych zachorzeń płucnych lub oponowych, ze względu na trudność w tym wieku wykrycia prątków Kocha w plwocinie i t. p.

Prócz znaczenia rozpoznawczego, odczyn tuberkulinowy u niemowląt daje pewne wskazówki w rokowaniu. U dzieci w pierwszym półroczu rokowanie jest mniej pomyślne.

U dzieci starszych wartość rozpoznawcza odczynu maleje, jednak posiada jeszcze jedną wartość, gdyż naprz. do 10-ciu lat około 40% dzieci mają odczyn tuberkulinowy ujemny. W tym wieku odczyn pozwala na wykrywanie źródeł zakażenia rodzinnego, oraz pozwala na wyodrębnienie dzieci z odczynem ujemnym, które nie wymagają nadzoru w kierunku gruźlicy.

Dzięki odczynowi tuberkulinowemu, uzupełnionemu u dzieci z odczynem dodatnim systematycznem badaniem rentgenoskopowem, jest możliwem wykrywanie gruźlicy utajonej (bezobjawowej) ale czynnej.

Po 10 latach, odczyn tuberkulinowy również posiada dużą wartość, ale raczej odwrotną: odczyn ujemny pozwala na wykluczenie gruźliczej natury tego lub innego schorzenia. Do 14 lat bowiem, jeszcze około 30% dzieci nie reagują na tuberkulinę, gdyż nie są jeszcze zakażone gruźlicą.

Czy można wnioskować o rokowaniu na podstawie nasilenia i charakteru odczynu tuberkulinowego? Silne i wczesne odczyny mogą się spostrzegać i w lekkich postaciach co do rokowania. Według autora jednak odczyny wczesne i bardzo nasilone wskazują do pewnego stopnia na istnienie sprawy czynnej.

U dzieci do 10 lat, zanikanie odczynu (poprzednio dodatniego), w przebiegu chorób zakaźnych, bezwzględnie nie istnieje, za wyjątkiem jedynie odry i to jedynie w okresie wykwitów odrowych, a więc na przeciąg kilku dni. Po 10 dniach odczyn znowu posiada poprzednie nasilenie. Według autora zanikanie odczynu tuberkulinowego przy odrze stoi w związku jedynie z rozwojem wysypki i nie może być uważane jako wyraz stanu alergicznego, bowiem odra według autora nie wpływa ujemnie na rozwój zakażenia gruźliczego.

Inne choroby jak krztusiec, dur brzuszny, płonica, błonica, zapalenie płuc, ostry gościec stawowy, pląsawica — nie okazują żadnego wpływu na zachowanie się odczynu Pirquet'a.

Autor zwraca uwagę na związek istniejący pomiędzy odczynem tuberkulinowym, a rumieniem guzowatym. Cierpienie to często widuje się u starszych dzieci. Autor twierdzi, że we wszystkich przypadkach rumienia guzowatego (erythema nodosum), dzieci badane wykazują wybitnie dodatni odczyn Pirquet'a. Nie przesądzając ostatecznie etjologji rumienia guzowatego, autor stwierdza, że cierpienie to występuje wyłącznie u dzieci zakażonych gruźlicą.

Dalej odczyn tuberkulinowy może posiadać znaczenie przy ocenie szczepień ochronnych przy pomocy B. C. G. Według autora, szczepienie Calmette'a, mimo, że lasecznikami pozbawionemi w najwyższym stopniu zjadliwości powinno odzwierciadlać się występowaniem odczynowości na tuberkulinę.

Rzeczywiście, dzieci szczepione doustnie, w 50% przypadków dają słabe odczyny tuberkulinowe; odczyny te czasami później wygasają. Natomiast przy zaszczepieniu podskórnem, zawsze po 6-ciu tygodniach pojawia się odczynowość na tuberkulinę.

Prócz naskórnego odczynu Pirquet'a, istnieje jeszcze doskórny odczyn tuberkulinowy Mantoux, polegający na doskórnem wstrzyknięciu rozcieńczonej 1/1000 tuberkuliny, w ilości 0,1 $cm^3$.

Odczyn ten u silnie uczulonych może dawać zbyt znaczne odczyny wyrażające się martwicą tkanki; należy go wykonywać wyłącznie u dzieci, które wykazały poprzednio odczyn Pirquet'a ujemny. lub niewyraźny. Odczyn Mantoux jest bardziej czuły, niż odczyn naskórny, ale należy go zarezerwować dla niektórych tylko przypadków.

*J. Wiszniewski.*

## CHIRURGJA.

### Operacja wycięcia wyrostka robaczkowego w przypadku pozakątniczego jego umiejscowienia. (L'appendicectomie dans les appendicites rétrocaecales). Lascaux.

*La Presse Méd. Nr. 34, kwiecień 1934 r.*

Operacja wycięcia wyrostka robaczkowego w przypadkach typowego umiejscowienia nie nastręcza żadnych trudności i daje dobre wyniki — niezależnie od takiego czy innego wykonania technicznego (z wgłabianiem kikuta wyrostkowego, czy też nie). Obawa co do powstania następowych zrostów otrzewnowych jest naogół znacznie przesadzona; obawa ta jest uzasadniona tylko wówczas, gdy otwór operacyjny w otrzewnej ściennej nie został dokładnie zamknięty (powstaje wówczas w tem miejscu przyrośnięcie sieci dużej). Trudności techniczne wyłaniają się dopiero wówczas, kiedy się stwierdzi umiejscowienie wyrostka pozakątnicze (ewentualnie — poza wstępnicą). Stosowany szeroko w tych przypadkach sposób, polegający na przecięciu wyrostka u nasady i następowem wyosabnianiu go, idąc w kierunku od nasady do końca wyrostka, budzi ze strony autora liczne zastrzeżenia. Zastrzeżenia te dotyczą w pierwszym rzędzie niemożności przy tym sposobie operowania, dokładnego zatamowania krwawienia (niebezpieczeństwo późnych krwotoków — w kilkanaście godzin po operacji) i niebezpieczeństwo pozostawienia w ranie końcowej części wyrostka (zwykle mocno zrośniętej z otoczeniem), grożącego w przypadkach ostrych następowem zapaleniem otrzewnej. W dwu spostrzeganych przez autora przypadkach powikłania te (w jednym — krwotok, w drugim — rozlane zapalenie otrzewnej) stały się przyczyną zejścia śmiertelnego operowanych chorych.

W tego rodzaju przypadkach autor proponuje następujący sposób postępowania. Jeśli wyrostek jest schowany poza kątnicą i pokryty całkowicie fałdem otrzewnej, nacina się ten ostatni wzdłuż przyśrodkowego brzegu wyrostka (naczynia krwionośne podchodzą doń od strony bocznej) na całej przestrzeni — od nasady aż do końca wyrostka, poczem, po odsłonięciu wyrostka i jego krezeczki, przecina się je w sposób zwykły — jak przy wewnątrzotrzewnowem jego umiejscowieniu. Jeśli zaś wyrostek leży poza wstępnicą, wówczas należy naciąć otrzewną ścienną wzdłuż zewnętrznego brzegu wstępnicy, odwarstwić ją na dostatecznie dużej przestrzeni i, odsłoniwszy całkowicie wyrostek i krezeczkę, usunąć je w sposób zwykły. Autor operował w sposób powyższy 100 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, umiejscowionego pozakątniczo, nie mając nigdy żadnych powikłań.

### Zwapnienia przystawowe okolicy stawu barkowego. (Les calcifications péri - articulaires de l'épaule). Mouchet.

*La Presse Méd. Nr. 34, 1934.*

Uraz, będący przyczyną powstania tego cierpienia, może być bardzo niewielki; czasami urazem tym jest jednorazowy nadmierny wysiłek mięśniowy (dźwignięcie dużego ciężaru), czasami — szereg powtarzających się wysiłków (urazy zawodowe). Najczęstszy wiek — 30 do 55 lat; przeważa płeć męska. Istota choroby polega na powstawaniu w okolicy stawu barkowego (kaletka maziowa, ścięgna mięśni przystawowych), ognisk zwapniałych, przedstawiających się gołem okiem w postaci mas kredowo-wapniowych, które chemicznie składają się z fosforanów i węglanów wapnia. Należy podkreślić, że to są tylko złogi wapniowe, bez jakichkolwiek śladów właściwego kostnienia.

W przypadkach odnośnych ogólna przemiana wapniowa w ustroju odbywa się zwykle zupełnie prawidłowo, poziom wapnia we krwi nie wykazuje odchyleń od normy. Jedynie tylko miejscowa przemiana wapniowa ulega zakłóceniu: pod wpływem urazu powstaje utrzymujące się przez czas dłuższy przekrwienie czynne tkanek, pociągające za sobą z jednej strony — odwapnienie kostnych tkanek, z drugiej zaś — odkładanie się soli wapniowych w zmienionych zapalnie tkankach miękkich.

Niektórzy autorowie (Rouillard) uzależniają powstawanie, w okolicy stawu barkowego ognisk zwapnienia — od przebytego zapalenia gośćcowego tego stawu (za czem przemawiałyby dobre w tego rodzaju przypadkach wyniki leczenia salicylanem sodu).

Przebieg kliniczny może być podostry lub przewlekły. Typowemi objawami są tutaj: a) ból samoistny i przy ucisku na wyrostek barkowy, szerzący się do szyi, przedramienia lub dłoni, b) upośledzenie ruchów czynnych wskutek bólu

(zwłaszcza odwodzenia i skręcania dowewnątrz). Sczasem rozwija się zanik mięśni barku, głównie mięśnia naramiennego. O rozpoznaniu decyduje wynik zdjęcia rentgenowskiego okolicy stawu barkowego, wykazującego obecność złogów wapniowych. Cierpienie powyższe odróżniać należy od czysto czynnościowego nerwobólu (neuralgia), z którym ma pewne objawy wspólne jak: szerzenie się bólu wzdłuż kończyny i wyraźną bolesność uciskową w jednym punkcie.

Rokowanie jest tutaj poważne, jakkolwiek są przypadki, w których złogi wapniowe ulegają w ciągu miesięcy czy też tygodni zupełnemu wessaniu i następuje samoistne wyleczenie. Leczenie zachowawcze polega na unieruchomieniu stawu, gorących okładach, przegrzewaniu (diathermia), naświetlaniach rentgenowskich i podawaniu dowewnątrz salicylanu sodu. W przypadkach wyjątkowo uporczywych wskazane jest operacyjne usunięcie ogniska zwapniałego, położonego zwykle w okolicy kaletki maziowej pod wyrostkiem barkowym (bursa subacromialis) — z cięcia podłużnego na zewnętrznej powierzchni barku, poprzez włókna mięśnia naramiennego. Bóle ustępują po operacji prawie natychmiast i z reguły następuje wyleczenie.

**Obrazy kliniczne i leczenie zgorzeli kończyn dolnych wskutek zapalenia przewlekłego tętnic. (Séméiologie des gangrenes par artérites chroniques des membres inférieurs). G a t e l.**

*La Presse Méd. Nr. 37, maj 1934 r.*

Rozróżniamy tu trzy zasadnicze rodzaje zgorzeli: 1) zgorzel starczą na tle miażdżycy tętnic, 2) zgorzel, wikłającą przebieg moczówki cukrowej, i 3) zgorzel wczesną (Tromboarteriitis obliterans Buerger, przedwczesna miażdżyca tętnic i schorzenie tętnic w następstwie przebytego odmrożenia).

I. Z g o r z e l s t a r c z a. Wiek — późny. Zgorzel dotyczy z początku najczęściej dużego palca u stopy, który jest czarny, suchy, zimny, nieczuły na dotyk. Bóle są zwykle bardzo dokuczliwe, nasilają się w pozycji leżącej, uniemożliwiając spanie. W wywiadach: różne i datujące się oddawna zaburzenia w ukrwieniu kończyny (mrowienie, kurcze, chromanie przestankowe i t. p.). Zgorzel przejawia się czasami, początkowo, objawami klinicznemi t. zw. „wrastania paznokcia", z długotrwałem ropieniem i wybitnem pogorszeniem się stanu miejscowego w razie wkroczenia operacyjnego z powodu owego rzekomego „wrastania paznokcia".

Przebieg cierpienia — powolny. Stan ogólny nie wykazuje, w przypadkach niepowikłanych, wyraźnego upośledzenia (poza objawami, zależnemi od miażdżycy tętnic). Określenie poziomu, do jakiego sięga prawidłowe ukrwienie kończyny, jest naogół bardzo trudne i niema sposobu, któryby pozwolił to ustalić z większą dokładnością.

W przypadkach zgorzeli ograniczonej — wskazane będzie postępowanie wyczekujące: leżenie w łóżku, jałowe opatrunki, stosowanie ciepła — dotąd, dopóki strup martwicowy nie odpadnie i owrzodzenie się nie zagoi.

Operacja (odjęcie kończyny) będzie wskazana jedynie w przypadkach, kiedy zgorzel szybko się rozszerza, kiedy powstanie zapalenie na tle zakażenia miejscowego, lub kiedy stałe i silne bóle kończyny nie dadzą się ukoić w żaden inny sposób.

II. Z g o r z e l w p r z e b i e g u m o c z ó w k i c u k r o w e j. Czynnikami wywołującemi są tutaj: zapalenie nerwów i zakażenie; postać zakaźna zgorzeli odznacza się szczególnie ciężkim przebiegiem. Występowanie zgorzeli może wikłać nawet początkowe i pozornie dobrotliwe postacie moczówki cukrowej. Obraz kliniczny zgorzeli starczej. W przypadkach zaś zakażonych — kończyna jest znacznie obrzękła, bolesna przy ucisku, skóra zaczerwieniona (zapalenie naczyń chłonnych), pokryta pęcherzami podnaskórkowemi, obumierające tkanki cuchną. Gorączka do 38 — 38,5°. Stan ogólny — upośledzony.

Leczenie polega przedewszystkiem na uregulowaniu diety i podawaniu insuliny; poza tem — w przypadkach zgorzeli suchej można postępować wyczekująco (leżenie w łóżku, opatrunek, stosowanie ciepła, wstrzykiwanie acetylcholiny) — do czasu samoistnego oddzielenia się i odpadnięcia części obumarłych, w przypadkach zaś zgorzeli zakażonej — zwykłe leczenie zachowawcze nie wystarcza i koniecznem się staje odjęcie kończyny (szybko i odrazu wysoko), w celu ratowania życia chorego.

III. Z g o r z e l w c z e s n a. Do grupy tej, niejednolitej pod względem etjologicznym, należą: choroba Buergera (Thromboarteriitis obliterans), przedwczesna miażdżyca tętnic i schorzenie tętnic, będące późnem następstwem przebytego przed laty odmrożenia kończyn. Obraz kliniczny zmian miejscowych przypomina ogromnie obraz zgorzeli starczej. Przebieg cierpienia jest bardzo powolny i względnie dobrotliwy, jakkolwiek z jednej strony — dokuczliwe i upośledzające stan ogólny chorego bóle, z drugiej zaś — tendencja do powstawania nawrotów cierpienia, każą rokować w tej chorobie z dużą ostrożnością.

W wywiadach — pewną, niemałą rolę odgrywa kiła. Leczenie — możliwie jak najdłużej zachowawcze: leżenie w łóżku, stosowanie gorąca, wstrzykiwanie acetylcholiny, sympaticectomia art. femoralis, wyłuszczenie nadnercza, naświetlanie okolicy nadnercza promieniami Roentgena i t. p. — dążąc w ten sposób do spowodowania samoistnego oddzielenia się tkanek obumarłych. Leczenie operacyjne doszczętne (odjęcie kończyny) będzie wskazane, poza przypadkami zgorzeli zakażonej, tylko w tych przypadkach, w których uporczywe bóle zbyt wyczerpują chorego. Odjęcie kończyny w przypadkach tych powinno być wykonane możliwie oszczędnie to jest jak najniżej (przy uwzględnieniu stanu krążenia kończyny).

**Operacja doszczętna przepuklin pooperacyjnych wyrostka robaczkowego. (A propos de la cure opératoire des éventrations post - appendiculaires). C h a v e l i C o l s o n.**

*Journ. de Chir. T. 43. N. 5, maj 1934 r.*

Przepukliny po operacjach wyrostka robaczkowego są cierpieniem dosyć częstem, gdyż częstość ich występowania waha się od 2% do 50% (przypadki powikłane rozległem zapaleniem otrzewnej). Z pośród przepuklin pooperacyjnych wogóle, przepukliny po operacji wyrostka robaczkowego stanowią grupę najliczniejszą (58%).

Przypadki odnośne dzielimy pod względem anatomo-patologicznym na p r z e p u k l i n y

rzeczywiste (z workiem przepuklinowym, utworzonym przez otrzewną ścienną) i wypadnięcie trzew, eventratio (brak worka otrzewnowego, trzewa są przyrośnięte do tkanki podskórnej). W powstawaniu jednych i drugich ogromną rolę odgrywa z jednej strony — rozległe sączkowanie jamy otrzewnowej po operacji, z drugiej — pewne właściwości konstytucjonalne jako otyłość, wiotkość powłok brzusznych i t. p.

W obu rodzajach przypadków zabieg operacyjny będzie miał na celu odtworzenie możliwie dokładnie ściany brzusznej w miejscu przepukliny i doszczętne i mocne zamknięcie wrót przepuklinowych, co się osiąga bądźto zapomocą zwykłego zeszycia poszczególnych warstw ściany brzusznej, bądź też zapomocą zabiegu wytwórczego (plastyka). Należy przytem pamiętać o następujących zastrzeżeniach: nie brać w szew tkanek zbliznowaciałych (mało odpornych pod względem mechanicznym i biologicznym) i możliwie unikać wycinania tkanek zbliznowaciałych (jako podejrzanych zawsze o zakażenie) — gdyż powstający w ten sposób ubytek tkanek może w dużym stopniu utrudnić następne zbliżenie brzegów rany bez wytworzenia nadmiernego napięcia w tkankach.

Operacja, wykonana w sposób zalecany przez autora, będzie się składała z następujących momentów: wycięcie blizny skórnej, wyosobnienie worka przepuklinowego (oddzielenie od jego ściany zawartych w nim trzew), odprowadzenie trzew do jamy brzusznej i zaszycie otworu w otrzewnej ściennej (po ewentualnem odcięciu nadmiaru worka), wrzecionowate cięcie powięzi dookoła ogniska zbliznowacenia, zeszycie wewnętrznych brzegów powstałej w ten sposób rany powięzi ze sobą — ponad szwem w otrzewnej (II piętro), następnie, zeszycie powyżej zewnętrznych brzegów powięzi (III piętro), poprzedzone ewentualnie zeszyciem mięśni, i wreszcie szew skórny.

Ważnem jest dla wyniku operacji wybranie odpowiedniego momentu dla jej wykonania; średnio koło 6 miesięcy powinno dzielić wykonanie pierwszej operacji od drugiej (odtwórczej); w każdym razie, nie należy operować dotąd, dopóki utrzymuje się jeszcze stan zapalny w miejscu poprzedniej operacji (w otrzewnej, czy też w powłokach). Operacji nie należy przeprowadzać ani w znieczuleniu miejscowem (ze względu na obawę zaktualizowania starego ogniska zakaźnego), ani w uśpieniu; najodpowiedniejszem tutaj jest znieczulenie rdzeniowe.

**Współczesne leczenie ran tłuczonych. (Traitement des plaies contuses dans la pratique civile). Mocquot.**

*Bull. génér. de thérapeutique, N. 9, listopad 1933.*

Doświadczenie z Wojny Światowej przekonało ogół lekarzy w sposób niezbity o korzyściach, płynących z czynnego leczenia ran, pod czem należy rozumieć dokonanie w ciągu pierwszych kilku godzin po wypadku tak zwanej „toalety" rany (wycięcie wszelkich tkanek, skazanych na obumarcie, usunięcie ciał obcych i dokładne zatamowanie krwawienia) i ewentualnego jej zeszycia. To też zasada czynnego leczenia ran zachowała swoje prawa obywatelstwa i w okresie powojennym, jakkolwiek należy przyznać, że rany, odniesione w warunkach pokojowych, różnią się bardzo w tym względzie od ran wojennych. Rany czasu wojny — to przeważnie rany postrzałowe, których toaleta nie przedstawiała naogół dużych trudności, a jej wyniki były zupełnie pewne i pozwalały bezpiecznie na następowe zaszycie rany. Inaczej się rzecz przedstawia, jeśli chodzi o rany czasu pokoju — rany przeważnie tłuczone lub szarpane, jako następstwo wypadku ulicznego (upadek, przejechanie). Wykonanie dokładnej toalety rany w tych przypadkach bywa, ze względów anatomicznych, często trudne, czasami — nawet niemożliwe. W związku z tem, następowe zeszycie rany znajduje tutaj swoje wskazanie znacznie rzadziej, niż w przypadkach wojennych. Należy o tem pamiętać, żeby nie narazić chorego na ciężkie i nieobliczalne w następstwach powikłania, i nie zdyskredytować samej metody, która nie traci nic ze swojej wartości i w warunkach pokojowych, z tem jednem zastrzeżeniem, o którem wspomniano wyżej.

Do czynnego leczenia nadają się tylko rany świeże, 6 — 8 godzin po wypadku (najwyżej 12 godzin), w których drobnoustroje nie zdążyły jeszcze przeniknąć z powierzchni w głąb. Wykonanie samej toalety rany należy traktować jako operację poważną, wymagającą ze strony chirurga odpowiedniego wyrobienia, a poza tem — uśpienia chorego (na palcach i dłoni — znieczulenia przewodowego). W przypadkach ran ciętych (skaleczenia odłamkami szyby) — wystarczy usunąć z rany ciała obce i zatamować krwawienie, ewentualnie zeszyć przecięty nerw (przecięte ścięgna zginaczy palców dłoni lepiej jest szyć wtórnie, po całkowitem zagojeniu się rany wypadkowej), poczem ranę można zeszyć; do szycia i podwiązywania naczyń należy używać struny.

W przypadkach ran cięto-tłuczonych należy ściąć z powierzchni warstewkę tkanek stłuczonych, grubości koło 2 — 3 mm, poczem ranę można zeszyć całkowicie. Jeśli jednak okaże się technicznie niewykonalnem usunięcie z rany wszelkich tkanek, skazanych na obumarcie względnie podejrzanych o zakażenie (naczynia, nerwy), wówczas pozostawia się ranę otwartą lub nakłada się parę szwów sytuacyjnych, względnie zeszywa się ją wtórnie, po kilku dniach, kiedy minie obawa zakażenia. Nie należy również zeszywać rany, kiedy po zbliżeniu jej brzegów powstanie zbyt duże napięcie w tkankach przyległych (przy dużym ubytku).

Ran kąsanych — po przeprowadzeniu toalety — nie szyje się nigdy. W głębokich ranach tłuczonych i ranach szarpanych postępowanie lecznicze będzie zależne od warunków anatomicznych, jednakże do zastosowania pierwotnego szwu nie bywa tutaj warunków prawie nigdy, gdyż całkowite wycięcie upośledzonych w swej żywotności tkanek jest w tych przypadkach niemożliwe. Orjentować się tutaj można, do pewnego stopnia, wynikami badania bakterjologicznego.

W przypadkach ran, drążących do stawów, po wykonaniu toalety rany należy zawsze zaszyć otwór w torebce stawowej względnie zamknąć jamę stawową w inny sposób, — nie przesądzając tem sprawy zaszycia rany zewnętrznej.

Po wszelkich wyżej opisanych zabiegach chora kończyna powinna być unieruchomiona.

Jeśli chodzi o decyzję, czy po wykonaniu toalety ranę należy zeszyć, czy pozostawić otwartą, — to należy tutaj uwzględniać również wiek i ogólną odporność chorego na zakażenie, jako też

i umiejscowienie rany. Rany głowy goją się, naogół dobrze i bez powikłań; rany pachy, okolicy łokcia i dołka podkolanowego — są szczególnie skłonne do zakażenia.

**Etjologja, obrazy kliniczne i rozpoznawanie szczękościsku. (Le trismus). L e b o u r g.**

*Paris Méd. N. 10, marzec, 1934 r.*

W pracy niniejszej mowa będzie wyłącznie o p r z e j ś c i o w y c h postaciach szczękościsku (wywołanych przez stan długotrwałego skurczu odpowiednich mięśni, nie wykazujących zmian anatomicznych), z pominięciem postaci t r w a ł y c h — mających za przyczynę przykurcz bliznowy skóry, śluzówki, mięśnia, zesztywnienie stawu żuchwowego i t. p.

Nawet z tem ograniczeniem, szczękościsk jest objawem, występującym w przebiegu wielu różnych schorzeń — objawem, zresztą, bardzo charakterystycznym i niezmiernie cennym pod względem rozpoznawczym. Stan (czynnościowy czy też anatomiczny) następujących mięśni bywa punktem wyjścia szczękościsku: mięśnia skroniowego (m. temporalis), żwacza (m. masseter) i mięśnia skrzydlikowego wewnętrznego (m. pterygoideus internus); wszystkie one są unerwione przez ruchową część nerwu trójdzielnego. Skurcz tych mięśni przychodzi do skutku bądź to w następstwie ogólnego zatrucia (np. w tężcu), bądź też na drodze odruchowej (jeśli w pobliżu mięśnia toczy się proces zapalny — analogicznie do napięcia powłok brzusznych w przebiegu zapalenia otrzewnej). We wszystkich tych przypadkach ogólne uśpienie chorego znosi ów skurcz całkowicie, w przeciwieństwie do trwałych postaci szczękościsku, mających za podstawę zmiany anatomiczne w mięśniach lub stawie.

Najbardziej typowym przykładem klinicznym o d r u c h o w e j postaci szczękościsku jest szczękościsk w przebiegu zapalenia szpiku kostnego żuchwy jako powikłania przywierzchołkowego ropnego zapalenia dolnego zęba mądrości. Szczękościsk powstaje tu nagle i szybko doprowadza do zupełnej niemożności rozsunięcia zaciśniętych szczęk, utrzymując się następnie bez remisji przez odpowiedni przeciąg czasu. Właściwe rozpoznanie, ze względu na niemożność obejrzenia wnętrza jamy ustnej, bywa czasami bardzo trudne; rozstrzyga je wynik zdjęcia rentgenowskiego okolicy zęba mądrości.

Stanowi powyższemu towarzyszy zwykle gorączka i obrzęk okolicy kąta żuchwy.

Najczęstszym przykładem s z c z ę k o ś c i s k u w s k u t e k o g ó l n e g o z a t r u c i a jest szczękościsk w przebiegu tężca, będący zwykle pierwszym objawem klinicznym tego zakażenia. Szczękościsk występuje tutaj powoli, bez wyraźnej przyczyny miejscowej i ma charakter przerywany, napadowy; poszczególne skurcze są silne i bolesne, towarzyszy temu stanowi gorączka.

I. *Szczękościsk pochodzenia urazowego* — bywa następstwem stłuczenia mięśnia, złamania łuku jarzmowego lub ramienia wstępującego żuchwy, obecności ciała obcego w jednym z mięśni żwaczy (np. kula); z czasów Wojny Światowej znane są postacie szczękościsku pourazowego bez wyraźnej przyczyny miejscowej (w następstwie stłuczenia mózgu, wstrząsu mózgu i t. p.).

II. *Szczękościsk pochodzenia zapalnego (ostrego)* — należą tu wszystkie mniej lub więcej ostre zapalenia szpiku kostnego kąta żuchwy pochodzenia zębowego i zapalenia przywierzchołkowe dolnych trzonowców, zwłaszcza zęba mądrości; poza tem — zapalenia żuchwy krwiopochodne, ropnie przymigdałkowe, ropnie bocznej ściany gardła, ropne zapalenie gruczołów chłonnych okolicy kąta żuchwy i okolicy pozażuchwowej, zapalenie przyusznicy, stawu żuchwy, zapalenia skóry i tkanki podskórnej (czyrak).

III. *Szczękościsk pochodzenia zapalnego przewlekłego* — promienica skóry twarzy i szyi, kiła żwaczy (obecność w mięśniach twardych guzków — kilaków); rak gardła lub jamy ustnej może również powodować powstanie szczękościsku.

IV. *Szczękościsk bez przyczyny miejscowej* — schorzenia mózgu i jego opon (meningitis epidem., encephalit. epidemica, eclampsia, chorea, epilepsia), zatrucia (tężec, zatrucie strychniną); należy tu wspomnieć o bynajmniej nie rzadkich przypadkach zakażenia tężcem w czasie wyrywania zębów, przyczem tężec przebiega w tych przypadkach niesłychanie gwałtownie.

**Leczenie nowotworów złośliwych szczęki górnej. (Les indications respectives du traitement chirurgical et du traitement radium thérapique dans les tumeurs malignes du maxillaire supérieur). M a u r e l i W e i l l.**

*La Presse Méd. Nr. 24, marzec 1934 r.*

Ze szczęki górnej mogą wychodzić nowotwory dobrotliwe (odontoma, cystis paradentalis, fibroma, osteoma) i złośliwe (mięsaki, raki i guzy olbrzymiokomórkowe). Mięsaki mogą wychodzić bądźto z samej tkanki kostnej (osteosarcoma), bądź też ze szpiku kostnego (myelosarcoma). Raki — wychodzą z nabłonka śluzówki, pokrywającej kość. Guzy olbrzymiokomórkowe wychodzą z głębi kości i mają wyraźny charakter naciekający; i histologicznie, i klinicznie są guzami złośliwemi. Epulis sarcomatodes, jakkolwiek wykazuje tendencje nawrotowe, słusznie uchodzi na guz dobrotliwy.

Leczenie nowotworów złośliwych szczęki górnej kształtuje się różnie, zależnie od rodzaju nowotworu.

W przypadkach g u z ó w o l b r z y m i o k o m ó r k o w y c h metodą leczniczą z wyboru jest możliwie rozległe i doszczętne wycięcie guza. Naświetlania radowe (i rentgenowskie) nie znajdują tutaj zastosowania, gdyż po operacji doszczętnej — są one zbędne, jako leczenie zaś zasadnicze (bez operacji) — grożą rozległem obumarciem kości z groźnemi tegoż następstwami dla zdrowia i życia chorego. Okoliczne gruczoły chłonne w przypadkach guzów olbrzymiokomórkowych nie wymagają zastosowania odrębnych zabiegów leczniczych.

M i ę s a k i s z c z ę k i g ó r n e j, naogół rzadkie (w porównaniu z rakami szczęki górnej), dają rokowanie zasadniczo niepomyślne (doprowadzają do śmierci w ciągu 1 — 2 lat). Jedynym ratunkiem jest tutaj możliwie wczesne wykonanie doszczętnego wycięcia szczęki, z ewentualnem następowem zastosowaniem naświetlań radowych w miejscu operacji. Naświetlania lecznicze w przypadkach mięsaków szczęki górnej dają naogół słabe wyniki, a do tego zastosowanie naświetlań rentgenowskich nasuwa duże trudności techniczne.

W przypadkach raka szczęki górnej (wychodzącego ze śluzówki zatoki Highmora lub ze śluzówki wyrostka zębodołowego) metodą z wyboru jest wycięcie doszczętne guza z następowem zastosowaniem loco operationis naświetlań radowych. Rurki radowe zakłada się V — VIII dnia po operacji (15 — 25 millicuries) — na przeciąg 5 do 7 dni.

Rak szczęki górnej rzadko, naogół, daje przerzuty do gruczołów chłonnych; dlatego wyłuszczenie operacyjne tych gruczołów (jednostronne, z podwiązaniem tętnicy szyjnej zewnętrznej) i następowe zastosowanie radu będzie wskazane tylko w tych przypadkach, w których stwierdza się obrzmienie gruczołów.

W przypadkach nieoperacyjnych, w których nowotwór przeszedł już na kość sitowatą lub opony, nie można oczekiwać dużej poprawy po zastosowaniu naświetlań radowych.

**Wskazanie do operacji w przypadkach pneumokokowego zapalenia otrzewnej. (Faut - il operer les péritonites à pneumocoques). Lontsch i Mérigot.**

*La Presse Méd. Nr. 26, marzec 1934 r.*

Autorowie wypowiadają swoje uwagi na ten temat na podstawie spostrzeganych przez siebie i leczonych operacyjnie 10 przypadków.

W sprawie wskazań do operacji w zapaleniu otrzewnej na tle zakażenia dwoinkami zapalenia płuc istnieją dwa zasadnicze poglądy: jedni — uważają tutaj zabieg operacyjny za całkowicie zbędny i wysoce szkodliwy, inni — uważają go za celowy i nieszkodliwy. Autorowie niniejszej pracy są tego drugiego zdania. Celowość zabiegu upatrują oni w praktycznej niemożliwości odróżnienia pneumokokowego zapalenia otrzewnej (przynajmniej w pierwszych dniach choroby) od zapalenia tejże jako powikłania ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Gwałtowny początek ze znacznem upośledzeniem stanu ogólnego, sinicowem podbarwieniem warg, szybkim oddechem, gorączką 30 — 40°, tętnem 120 — 150, bólami brzucha (z przewagą w okolicy prawego talerza biodrowego), jego wzdęciem i ogólnem napięciem powłok — przemawia w równym stopniu za jednem, jaki i za drugiem. Biegunka jest częstym objawem w przebiegu pneumokokowego zapalenia otrzewnej, ale może ona występować i w przypadkach (zwykle — złośliwie przebiegających) zapalenia otrzewnej, będącego następstwem przedziurawienia wyrostka. Opryszczka warg (herpes labialis) przemawia w sposób pewny za zakażeniem pneumokokowem, ale występuje naogół rzadko; dotyczy to również zapalenia migdałków, gardła, ucha środkowego. Badanie morfologiczne i bakterjologiczne krwi nie daje tutaj dostatecznej podstawy do różniczkowania.

Reasumując wyżej powiedziane, należy stwierdzić, że praktycznie biorąc, niema możności klinicznego odróżnienia pneumokokowego zapalenia otrzewnej od zapalenia otrzewnej wskutek przedziurawienia wyrostka robaczkowego. I dlatego też w odpowiednich przypadkach zawsze będzie wskazane próbne (chociażby) otwarcie jamy otrzewnowej. Poza tem, samo odprowadzenie ropy z jamy otrzewnowej nazewnątrz zapomocą sączków — do czego się ogranicza, siłą rzeczy, zabieg operacyjny w przypadkach zakażenia dwoinkami zapalenia płuc — jest zawsze z dużą korzyścią dla chorego, czego nie należy niedoceniać.

Co się tyczy szkodliwości dla chorego zabiegu, który ma jakoby znacznie zwiększać śmiertelność wśród tego rodzaju chorych, to odpowiednie statystyki dowodzą, że śmiertelność w przypadkach pneumokokowego zapalenia otrzewnej operowanych i nieoperowanych jest jednakowa i wynosi około 40%. A więc sam zabieg operacyjny nie pogarsza tutaj rokowania w jakimś bardziej wyraźnym stopniu.

Zważywszy więc, z jednej strony — niemożność klinicznego odróżnienia zapalenia otrzewnej pneumokokowego od zapalenia, wikłającego przedziurawienie wyrostka, z drugiej — względną nieszkodliwość próbnego otwarcia jamy otrzewnowej w tych przypadkach, należy uznać zabieg ten za wskazany w każdym przypadku, który będzie budził najmniejsze chociażby tego rodzaju wątpliwości.

Próbny zabieg można wykonać w znieczuleniu miejscowem. Po otwarciu otrzewnej nad prawym talerzem biodrowym i stwierdzeniu zakażenia pneumokokowego jako tła choroby — należy ograniczyć się do założenia sączka gumowego do jamy Douglasa.

**Ropowica powłok brzusznych o wybitnie przewlekłym przebiegu. (Cellulite torpide en nappe de la région abdomino - inguinale). Chevallier i Fiehrer.**

*La Presse Méd. Nr. 29, kwiecień 1934 r.*

Autorowie spostrzegali przypadek rozległego nacieczenia ropowicowego powłok brzusznych, u mężczyzny 42-letniego, zajmującego lewą dolną ćwiartkę brzucha i okolicę pachwiny lewej, o wybitnie przewlekłym przebiegu, trwającym szereg tygodni. Początek, dosyć ostry, był poprzedzony parotygodniowem ogólnem niedomaganiem. Objawy kliniczne: stan podgorączkowy (później dochodził do 38,5°), zaparcia stolca uporczywe, umiarkowane upośledzenie stanu ogólnego, bóle głowy. Miejscowo: zbity, deskowato twardy naciek o granicach wyraźnych, ograniczony ściśle do powłok brzusznych, mało bolesny; skóra lekko zaczerwieniona, z odcieniem sinawym, ciepłota miejscowa nieco podwyższona. Ognisk rozmiękczynowych nie stwierdzono. Gruczoły chłonne w pachwinie — obrzmiałe, twarde, niebolesne. Badanie rentgenowskie przewodu pokarmowego, badanie palcem przez odbytnicę, odczyn B.-Wassermanna ze krwi — dały wynik ujemny. Kilkakrotne nakłucia nacieku dały tylko skąpe ilości płynu krwawego, jałowego (jałowość stwierdzona była posiewami i bezpośredniem badaniem mikroskopowem rozmazów).

Dalszy przebieg kliniczny był dość niezwykły, gdyż naciek ów — bez żadnego leczenia, jedynie może pod wpływem leżenia w łóżku — zaczął się powoli zmniejszać (od obwodu i od głębszych warstw) i w ciągu 3 — 4 tygodni znikł bez śladu. Nastąpiło zupełne, samoistne wyleczenie.

Chory ten został skierowany do autorów w początku choroby z rozpoznaniem choroby Nicolas-Favre, rozpoznania tego jednak ci ostatni nie potwierdzili — wobec ujemnego wyniku odczynu Frei'a, przychylając się raczej do traktowania tej choroby jako ropowicy powłok brzusznych na tle zakażenia drobnoustrojami ropotwórczemi o bar-

dzo zredukowanej zjadliwości i związanym z tem niewielkim stosunkowo i bardzo powoli ujawniającym się odczynem ze strony tkanek zakażonych. Być może, że pewną rolę odegrywało tu i tło kiłowe.

Cierpienie powyższe przypomina ogromnie w istocie swej i w szczegółach ropowicę przewlekłą powłok szyi (phlegmon ligneux du cou — Reclus) i jest właściwie tylko innem jej umiejscowieniem.

*M. Czyżewski.*

## *ENDOKRYNOLOGJA.*

**Ciała białkowe i lipoidy krwi w czasie cukrzycy. (Protides et lipides dans le diabète) A. de M a r c i s i M. J. B r u n o du C o s t a.**

*Cpt. rend. de la Societ. de Biol. T. 115. Nr. 4, 1934.*

Autorzy znaleźli u chorych cukrzycowych zwiększenie stosunku seryny do globulin. Stosunek ten przekracza zwykle cyfrę 2,5 a spowodowany jest znacznie częściej zwiększeniem się ilości seryny we krwi niż spadkiem ilości samych globulin. Ilość ogólna białek we krwi nie przekraczała nigdy granic fizjologicznych, jakkolwiek czasami osiągała górne granice normy.

Nadprodukcja seryny spowodowana jest niewydolnością wątroby.

Co się tyczy lipin krwi to w lżejszych przypadkach cukrzycy autorowie nie spostrzegali ani zwiększenia ogólnej ilości lipoidów ani również nie stwierdzano podniesienia się poziomu cholesterola we krwi.

**Wpływ insuliny na przemianę aminokwasów. (Effet de l'injection d'insuline sur le métabolisme des acides aminés). P. de N a y e r. A. L a q u e t i J. B. B o u c k a e r t.**

*Cpt. rend. de la Societ. de Biol. T. 115. Nr. 4, 1934.*

Podanie insuliny powoduje obniżenie się aminokwasów we krwi. Przeciwnie po usunięciu trzustki ilość aminokwasów we krwi ulega znacznemu zwiększeniu. Obniżenie aminokwasów we krwi po insulinie spowodowane jest według autorów zahamowaniem reakcji odwracalnej: ciała białkowe aminokwasy, podczas gdy w cukrzycy zarówno doświadczalnej jak i ludzkiej przemiana białkowa jest zwiększona.

**Działanie hormonu ciałka żółtego na czas noszenia płodu. (De l'action de l'hormone du corps jaune sur la durée de la gestation). K. P o r t m a n.**

*Cpt. rend. de la Societ. de Biol. T. 115. Nr. 1, 1934.*

Hormon ciałka żółtego posiada własności hamowania skurczów macicy, wywołanych za pomocą pituitryny. Można to wykazać in vitro. O ile zadziała się pituitryną na macicę królika, to następują skurcze, dodanie do pituitryny odpowiedniej ilości ciałka żółtego znosi te skurcze zupełnie. To samo można obserwować in vivo u zwierząt w czasie pozornej ciąży, to jest w czasie, kiedy jajnik zawiera żółte ciałka, w tym czasie mięśniówka macicy jest niewrażliwa na pituitrynę, natomiast o ile usunie się żółte ciałka wtedy macica reaguje na nowo na pituitrynę. Jest więc pewien antagonizm pomiędzy tymi dwoma hormonami w stosunku do działania na mięśniówkę macicy.

O ile podawać hormon ciałka żółtego samicom ciężarnym to można przedłużyć przebieg ciąży. O ile podaje się hormon ciałka żółtego przez dłuższy czas to nie dochodzi do miotu i płody ulegają maceracji.

**Wpływ zastrzyków moczu kobiet ciężarnych na poziom cholesterolu we krwi. (Action sur la cholestérolhémie des injections d'urines de femmes gravides). P. L é p i n e et Z. M é l a s — J o a n n i d é s.**

*Cpt. rend. de la Societ. de Biol. T. 115. Nr. 2, 1934.*

Masciottra i Martinez de Hoz podali, iż dla hormonalnego ustalenia ciąży wystarcza próba następująca: zastrzykuje się świnkom morskim mocz kobiet, o ile kobieta jest w ciąży wtedy poziom cholesteryny w osoczu świnek, którym

zastosowano zastrzyk podnosi się do 28%. O ile mocz nie pochodzi od kobiety ciężarnej poziom cholesterolu nie przekracza 5% w stosunku do wartości wyjściowej.

Autorzy powtórzyli badania wymienionych badaczy. Mocz zbierano rano, wytrząsano z eterem i w ilości 10 c. wstrzykiwano świnkom morskim podskórnie. Poziom cholesterolu oznaczano w osoczu przed zastrzykiem i w 24 godzin po zastrzyku moczu. Badano mocze: a) kobiet ciężarnych, b) dotkniętymi schorzeniami ginekologicznemi, które mogłyby być rozpoznawane jako ciąża, c) kobiet nieciężarnych. Okazało się, że na 16 przypadków ciąży tylko w 7 przypadkach nastąpiło podniesienie się cholesterolu we krwi badanych zwierząt a w 9 wystąpiło obniżenie. Z tego autorzy wnoszą, że podniesienie się poziomu cholesterolu we krwi świnek morskich po wyciągach moczu kobiet ciężarnych nie jest sprawą stałą i nie może służyć do hormonalnego rozpoznania ciąży.

*F. G.*

## CHOROBY KOBIECE. POŁOŻNICTWO.

**W sprawie przeszkody porodowej ze strony szyjki. (De la dystocie cervicale). D e l m a s P.**

*Rev. franç. Gynéc. Obstétr. T. 29, Nr. 2, 1934 r., str. 89.*

Autor przegląda w skrócie przyczyny nierozwierania się ujścia zewnętrznego w czasie porodu. W tym przeglądzie stosuje przyjęty zwłaszcza w szkole niemieckiej podział na czynne i bierne rozwieranie się ujścia. W rozwieraniu się czynnem ujścia przeszkodą mogą być nieprawidłowe bóle, względnie przebieg włókien mięśniowych odbiegający od normy.

Znacznie rzadszą przyczyną nierozwierania się ujścia zewnętrznego jest brak jego rozciągliwości, wywołany czy to przez zmiany anatomiczne (zwyrodnienie nowotworowe, przerost łącznotkankowy, obrzęk wywołany uciskiem zaklinowanej części przodującej) czy przez zaburzenia czynnościowe, występujące w czasie burzliwej akcji porodowej, kiedy macica pragnie niejako przepchnąć ostatkiem sił część przodującą przez zwężoną miednicę.

Z powyższego wynikają następujące wskazania lecznicze:

1) w stanach spastycznych — przetwory opium,

2) w obrzęku — zniesienie ucisku części przodującej,

3) w nieodwracalnych zmianach — nacięcie szyjki.

**W sprawie leczenia ciężkich krwotoków wywołanych przez łożysko przodujące. (A propos du traitement de l'hémorragie grave par insertion basse du placente). C o l l de C a r r e r a J.**

*Rev. franç. Gynéc. Obstétr. T. 29, Nr. 2, 1934 r.*

Autor zastanawia się nad sposobem pozwalającym lekarzowi-praktykowi na bezpieczne przewiezienie chorej z łożyskiem przodującem do kliniki, którą autor uważa za jedyne odpowiednie miejsce do prowadzenia porodów z tem ciężkiem powikłaniem.

Jako środek umożliwiający transport chorej autor zachwala znany oddawna (i przez wielu autorów krytykowany — przyp. refer.) zabieg tamponowania pochwy.

(Autor nie zdołał w swych wywodach obalić zarzutów przeciwników tamponady pochwy, a mianowicie łatwe zakażenie i niedostateczne działanie tamujące krwotok — przyp. refer.).

**Przeszczepianie moczowodów do kiszki grubej. Metoda wszczepienia podśluzówkowego. (Transplantations des uretères dans gros intestin. Méthode d'implantation sous - muqueuse). C o f f e y R o b e r t.**

*Procés-verbal. etc. 32 Congr. franç. Urol. Str. 669, 1932 r.*

W miarę rozwoju stosowano 3 odmiany techniki operacji wszczepienia moczowodów do kiszki grubej. Według najstarszej metodyki (r. 1910) wszczepiano moczowód wprost do światła kiszki, co dawało w wyniku połączenie świateł kiszki i moczowodu. Od r. 1925, stosowano II odmianę techniki, polegającą na przeprowadzeniu, przez otwór w kiszce cewnika, z przywiązanym na nim moczowodem i wyprowadzeniu go na zewnątrz. Cewnik usuwano po 8 — 16 dniach i zazwyczaj powstawał na granicy przejścia moczowodu w kiszkę mechanizm klapy zamykającej odpływ zwrotny do moczowodu.

Technika III polega na wszczepieniu moczowodu pod śluzówkę kiszki, bez otwarcia jej światła. Mocz po 3 — 4 dniach po operacji znajdzie sobie sam drogę do światła kiszki, w czem pomaga mu szew założony na wylot przez ścianę kiszki. Śmiertelność operacji Coffey'a wynosi 5 — 15%. Metoda III nadaje się najbardziej dla przypadków wypadnięcia pęcherza wrodzonego u dzieci; II technika wskazana jest w przypadkach raka i gruźlicy pęcherza, po usunięciu nerki.

**Badania nad anatomicznemi wynikami przypalania diatermją przewlekłych zapaleń szyjki macicznej. (Étude des effets anatomiques de la diathermo - coagulation sur les métrites cervicales chroniques). C h o s s o n J. i E. C a s a l t a.**

*Gynécol. Obstétr. T. 29, Nr. 2, 1934 r.*

Tak zwana koagulacja diatermiczna polega na przypalaniu tkanek, przez które przechodzi prąd diatermiczny; efekt cieplny bynajmniej nie ogranicza się do punktu, w którym styka się elektroda z tkanką, przeciwnie przenika mniej lub więcej wgłąb tkanki leczonej. Tym sposobem działania różni się koagulacja diatermiczna od przypalania środkami fizycznemi, czy chemicznemi, działającemi zawsze powierzchownie.

Obraz drobnowidowy spostrzegany w leczonej tkance po zastosowaniu koagulacji diatermicznej da się ująć zdaniem autorów w 3 okresy.

W pierwszym wytwarza się strup. Przeważają wówczas zmiany martwicowe. Nabłonek jest zniszczony, w głębi widać nacieki leukocytarne, rozszerzenie naczyń i obrzęk tkanki. Okres ten kończy się odpadnięciem strupa, a klinicznie charakteryzuje się obfitemi upławami i obrzękiem części pochwowej.

Okres drugi jest okresem odnowy. Jeśli pierwszy trwa zazwyczaj 8 — 15 dni, to drugi kończy

się mniej więcej w 40 dni od chwili zastosowania leczenia diatermją. W miejscu odpadniętego strupa widać tkankę ziarninową, z przewagą na obwodzie elementów komórkowych. Naczynia krwionośne widoczne są o ścianach zgrubiałych. Pod koniec tego okresu przychodzi do całkowitej odnowy nabłonka: z początku widać pośród komórek nabłonka cylindrycznego wyspy nabłonka wielowarstwowego płaskiego, pod koniec ten ostatni pokrywa całą powierzchnię.

W okresie trzecim znikają wszelkie ślady przebytego schorzenia, a więc nacieki zapalne, obrzęk i rozszerzenie naczyń. Obraz mikroskopowy niczem nie różni się od prawidłowego.

**Leczenie zakażeń połogowych po porodzie i po poronieniu zapomocą surowicy ze krwi pępowinowej. (Traitement par le serum de cordon ombilical des infections post - partum et post-abortum). R a p h a l k e s S. i K o r o l e v a A.**

*Gynécol. Obstétr. T. 29, Nr. 2, luty 1934 r.*

Przypisując krwi kobiet ciężarnych własności bakterjobójcze, oraz stwierdzając niewątpliwe bogactwo tejże krwi w sole K i Ca, i w składniki hormonalne — autorzy zastosowali surowicę krwi pępowinowej do leczenia stanów zakaźnych po porodzie i po poronieniu. Krew pępowinową pobraną jałowo od zdrowych rodzących poddano skrzepnięciu, oddzielano surowicę i tę ostatnio po przegrzaniu, do 58° C., i sprawdzeniu na jałowość — wstrzykiwano podskórnie chorym położnicom. Dawka w pierwszej injekcji wynosiła 50 — 100 cm$^3$; następnie dawki powtarzano co 4 — 5 dni. Żadnych powikłań nie stwierdzano. (Autorzy nie wspominają zupełnie o sprawie ewentualnego zakażenia kiłą — przyp. refer.).

W cięższych przypadkach oprócz surowicy ze krwi pępowinowej stosowano u tych chorych jeszcze autohemoterapję i dożylne wlewanie 5 cm$^3$ 40% urotropiny.

**Leczenie krwotoków oponowo - mózgowych noworodków. (Le traitement des hémorragies cérébro méningées des nouveau - nés). S l o b o z i a n u H.**

*Gynéc. Obstétr. T. 29, Nr. 2, luty 1934 r.*

W przypadkach wylewów krwawych do mózgu i opon noworodków należy starać się:

1) powiększyć krzepliwość krwi,

2) wywołać skurcz naczyń krwionośnych.

Pierwszy cel osiąga się podawaniem w injekcjach surowicy krwi, lub krwi rodziców, lub też przetworów w rodzaju coagulenu, wapna i t. d.

Skurcz naczyń najprościej można przyśpieszyć kładąc worek z lodem na głowę dziecka. Działa to nietylko przeciwko nawałowi krwi, ale także przeciwbólowo.

Nakłucia lędźwiowe jakkolwiek w wielu przypadkach niemożliwe do ominięcia naogół nie są wskazane, gdyż zmniejszając ciśnienie w kanale rdzeniowym mogą sprzyjać nowemu wylewowi krwi.

Środków farmaceutycznych jak brom i chloral z natury rzeczy lepiej jeśli można nie używać.

**Naświetlanie promieniami Roentgena przysadki mózgowej, jako leczenie zaburzeń czynnościowych przekwitania. 33 obserwacje. (La radiothérapie de l'hypophyse curatrice des troubles fonctionnels de la ménopause. 33 observations). H u e t J. — A.**

*Bull. Soc. Radiol. méd. France 21, 5 H, 1933 r.*

Autor naświetlał przysadkę dając 3000 R w 6 posiedzeniach z 3 pól; warunki były następujące: 120 kV, 8 Al.; 25 cm. Wyniki tego leczenia były lepsze niż innych sposobów leczniczych, i skutecznie zwalczało ono uderzenie krwi do głowy, poty, bicie serca, bóle reumatyczne, skurcze naczyniowe, biegunki i objawy psychiczne.

Już dawka 2000 R. dawała wynik leczniczy.

Autor sądzi, że działanie omawianego leczenia polega na pobudzeniu hormonu tyreotropowego przysadki, i ośrodka przemiany materji.

**Wyniki leczenia operacyjnego i energją promienną złośliwych nowotworów jajnika. (Rapports de la chirurgie et de la roentgenothérapie dans le traitement des tumeurs malignes de l'ovaire). J o l y M.**

*Arch. Électr. méd. T. 41, str. 129, 187, 320. 1933 r.*

W trzech częściach swej pracy autor omawia wyniki leczenia złośliwych nowotworów jajnika na zasadzie piśmiennictwa oraz własnych 23 spostrzeżeń. We wszystkich wymienionych przypadkach (po za 2 dostarczonemi in extremis) stwierdzono dodatni wpływ leczenia promieniami Roentgena.

Ogólny stan chorych poprawiał się we wszystkich prawie przypadkach na przeciąg przynajmniej kilku miesięcy.

7 chorych żyje do chwili obecnej, z tego jedna od 9 lat.

Wobec takich wyników należy naświetlać wszystkie przypadki poddane przedtem operacji.

Rozpoznanie histologiczne może być ustalone tylko na zasadzie wycinka, pobranego w czasie próbnej laparotomji. Zresztą zaznaczyć wypada, że bynajmniej nie można ustalić współzależności pomiędzy obrazem histologicznym a czułością na promienie.

Sprawę ascites omawia autor obszerniej. Nie uważa on za konieczne ani za wskazane wypuszczanie płynu przed leczeniem rentgenowskiem; jakkolwiek niewątpliwie obecność ascites utrudnia leczenie, a w czasie tegoż powiększa się często ilość płynu.

W czasie leczenia należy stanowczo odradzać punkcję i spuszczanie ascites, gdyż niekiedy sprowadza to gwałtowne pogorszenie stanu ogólnego. Z drugiej strony ascites może niejako wpłynąć na rozsianie promieni rentgenowskich i bardziej równomierne ich działanie.

Równomierne naświetlanie całej jamy brzusznej nie jest łatwe. Zasadniczo stosuje autor 4 pola na brzuch i 4 — na plecy wymiarów 15 × × 15, oraz jedno pole od strony krocza — 12 × × 12. Używać należy nadzwyczaj twardych promieni a dawka ogólnie dochodzić winna do 60 — 70.000 R. Całe leczenie trwa 2 — 3 miesięcy.

Niezmiernie ważne jest ogólne leczenie w czasie naświetlania, gdyż dla ustroju jest ono bardzo męczące.

Naświetlanie nie należy stosować bezpośrednio po operacji, aby dać odpoczynek organizmowi.

Pomiędzy poszczególnemi naświetlaniami stosować należy diatermję. Wzmożoną peristaltykę jelit osłabiać można promieniami poza czerwonemi.

Wyniki autora stanowią ważne praktycznie zaprzeczenie panującego poglądu o beznadziejności leczenia Roentgenem złośliwych nowotworów jajnika.

*T. Zawodziński.*

## CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

**Naevo-carcinoma pod postacią pseudo botriomycosis. (La forme pseudo - botryomycosique des naevo-carcinomes). M. F e r r a n d, S. D o b k e v i t c h.**

*Annales de Dermat et de Syphil. 1933, N. 11.*

4 spostrzeżenia, w których od samego początku nabłoniak naśladował przez swój wygląd ziarniniaka ropnego. Tylko w jednym przypadku rozpoznanie było ułatwione przez obecność uprzednio istniejącego na skroni znamienia. W pozostałych (2 przypadki na palcu u stopy, jeden na pięcie); dopiero badanie histologiczne ujawniło utkanie, typowe dla naevo-carcinoma. W wykwicie, który rósł w miejscu pospolitej blizny, tworzył guzowatą wyniosłość, był pozbawiony naskórka, bujający, łatwo krwawiący, szaro lub ciemno-czerwony i zdawał się przepychać z głębi przez skórę a był otoczony kołnierzykiem naskórkowym. Obecność pigmentu tak znamiennego dla naevo-carc klinicznie nie stwierdzono w żadnym przypadku, histologicznie tylko w jednym.

We wszystkich przypadkach istniał moment urazu, jeden przypadek z przerzutami do gruczołów pachwinowych i z nawrotem po odcięciu całej falangi palucha zakończył się zejściem śmiertelnem. W pozostałych przypadkach stosowano elektrokoagulację i promienie X.

**Pasorzytnicze życie nużyńca ludzkiego. (La vie parasitaire du Demodex folliculorum hominis). F. F u u s.**

*Annales de Derm. et de Syphil., Nr. 11, 1933.*

Z wyjątkiem skóry noworodków wkrótce po urodzeniu każda skóra ludzka, nawet u trupa — jest nawiedzona przez nużyńce. Przekonać się można o tem łatwo, wydobywając treść z gruczołów łojowych przez .uciskanie odpowiednią łyżeczką. Ilość tych pasorzytów jest zmienna, u dzieci skąpa, w wieku lat 15 — 50 zależy od stopnia łojotoku, zwiększa się z wiekiem, ponadto zależy od pewnej szczególnej właściwości wydzielanego łoju. Właściwości te zależą prawdopodobnie od zmiany metabolizmu komórkowego, będącego pod wpływem układu neuro-endokrino-wegetatywnego. Ilość nużyńców jest największa na głowie i stopniowo zmniejsza się ku dołowi, zależy także od ilości i wielkości samych gruczołów łojowych. Nużyniec nie czuje się dobrze w zwartej masie, wypełniającej samo ujście mieszka, przebywa chętniej w głębszych częściach nitki wągra, bardziej płynnych a poza przewodem gruczołu łojowego także w świetle zrazików gruczołu. Nie w każdym gruczole łojowym znajdujemy nużyńce. Na powierzchni skóry znajdujemy je tylko w miejscach, w których, nie mogąc się niejako z powodu nadmiaru pomieścić w gruczole przedostały się nazewnątrz gruczołu. O ile podłoże dla tego pasorzyta jest odpowiednie — tworzy kolonje po 50 — 100 osobników żeńskich, męskich, form przejściowych i jaj. Dojrzałe osobniki starają się uwolnić z masy łoju przez kurczenie tułowia i przez żywe ruchy 8-miu łapek. Obserwując je widzimy mnogości ich postaci: niewiadomo czy mamy do czynienia z jednym gatunkiem czy z kilkoma. W każdym razie dla autora pewnem jest istnienie jednej odmiany t. zw. karłowatej częstej zwłaszcza na owłosionej skórze głowy, w okolicy brwi i mostka. Wygląda to tak, jakby pasorzyt ten przystosowywał swą postać do wielkości gruczołów łojowych, które w tych okolicach są małe, niejako przytłoczone silnie rozwiniętym mieszkiem włosowym. Postać karłowatą znajduje się też w zanikłych gruczo.ach łojowych u starców. Nużyniec oznacza się dużą żywotnością, zwłaszcza w środowisku wilgotnem, ciemnem, przy ciepłocie 25°, jest odporny na wszystkie inne zakażenia i zatrucia organizmu (lekowe). Martwe pasorzyty znaleziono tylko w przypadku grzyba woszczynowego, w którym dla epilacji podano thalium. Jakkolwiek in vitro eter, alkohol i jodyna zabijają je natychmiast lub po kilku minutach, to żaden nawet najenergiczniejszy środek antyseptyczny (ani gazowy) nie jest w stanie przedostać się do mieszka. Tak więc wyjałowienie mieszków jest rzeczą niemożliwą (Sabouraud).

W warunkach normalnych nużyniec nie jest pasorzytem chorobotwórczym, chyba tylko niekiedy, gdy szybko się rozmnaża, i tworząc duże konglomeraty, zmięszany z łojem stanowi dla mieszka ciało obce, drażni i pobudza komórki do rozrostu a tem samem zwiększa łojotok. W tych razach może on być przyczyną zmian zapalnych okołomieszkowych. W przypadku choroby Dariera u osobnika 25-letniego znaleziono niebywale duże ilości nużyńca, przeciwnie — w przypadkach wyprysku, zwłaszcza na twarzy — prawie że się tego pasorzyta nie znajduje lub tylko jego postaci zwyrodniałe. Tłumaczy się to zmianą właściwości łoju. Według Dubois nużyniec w sposób mechaniczny toruje drogę innym czynnikom chorobotwórczym. Nie wydaje się również jedynie rzeczą przypadkową najczęstsze umiejscowienie nabłoniaków na twarzy w miejscach, gdzie nużyniec bywa najliczniejszy. Niektórzy wreszcie (Borrel) przypisują mu pewne znaczenie w przenoszeniu trądu.

**Lymphogranulomatosis cutis. (Lésions cutanées lyphogranulomateuses chez une femme atteinte du syndrome élephantiasique vulvo - ano - -rectal). P r o f. S. N i c o l a u.**

*Annales de Dermat. et de Syphiligraphie, Nr. 1 — 1934.*

Ziarniniak limfatyczny pachwin (lymphogranulomatosis inguin) jest dzisiaj jednostką chorobową ściśle ograniczoną, jest to t. zw. czwarta choroba weneryczna. Schorzenie to łączy się ze słoniowacizną sromu i odbytu, z bubo climactericus, a należałoby jeszcze przyłączyć do tej gru-

py niektóre przewlekłe stany zapalne przymacicza i przydatków.

W ostatnich czasach zwrócono uwagę na zmiany skórne, jakie się często pojawiają w związku z ziarniniakiem limfatycznym pachwin. Mogą one być ogólne lub ograniczone. Ogólne bywają typu rumienia wysiękowego wielopostaciowego lub rumienia guzowatego. Łączność ich z ziarniniakiem limfatycznym jest bardzo prawdopodobna, mogą zależeć od samego czynnika chorobotwórczego lub od jego toksyn, co znajduje pewne poparcie w doświadczeniach, przeprowadzonych na zwierzętach i w spostrzeżeniach klinicznych, które wykazują, że ziarniniak limfatyczny może dawać typowe obrazy zakażenia ogólnego z zajęciem śledziony, wątroby i innych gruczołów chłonnych.

Za łącznością tych zmian skórnych z ziarniniakiem przemawiają także analogiczne spostrzeżenia w przebiegu ulcus molle i wiewióra.

Ograniczone zmiany skórne opisano w literaturze cztery razy. Autor podaje piąty przypadek, w którym u 27-letniej kobiety w kilka miesięcy po zagojeniu się typowego wykwitu pierwotnego, nadżerki przedsionka, pojawiły się początkowo na wardze sromowej większej lewej, potem na prawej, w końcu na skórze pośladka — bolesne, naciekłe guzki wrzodziejące, sączące ropą, zlewające się. Zmiany te w dwa lata doprowadziły do operacyjnego usunięcia wargi sromowej lewej — a w 8 lat do słoniowacizny sromu i odbytu. Liczne nieregularne guzowate nacieki usiane były przetokami ropiejącemi. W prostnicy zwężenie na skutek obecności nacieków owrzodziałych.

Na pośladkach nieregularne naciekłe ogniska, niektóre jednym biegunem łączyły się ze słoniowacizną sromu i krocza. W obrębie jednego z tych ognisk chełboczący nieotwarty ropień posłużył autorowi do badań doświadczalnych.

Wszędzie obok wykwitów liczne wciągnięcia bliznowate. W obu pachwinach 5 — 6 gruczołów chłonnych, twardych, niebolesnych, ruchomych pod skórą niezmienioną. W przypadku tym istniały dyskretne objawy neuro-fibromatosis Recklinghausena. Z licznych badań laboratoryjnych tylko odczyn Frei'a był silnie dodatni.

Z ropy wydobytej z wykwitu na pośladku sporządzono antygen Frei'a, który zaszczepiony w czterech przypadkach pewnej lymphogramolomatozy dał wynik dodatni, a zaszczepiony osobnikom zdrowym dawał wynik ujemny.

To doświadczenie jak również obraz histologiczny wykwitu na pośladkach przemawia za ziarniniakiem limfatycznym. W skórze właściwej rzuca się w oczy obecność owalnych tworów, w środku rozmiękłych, tworzących rodzaj jamy, zawierającej resztki komórek i leukocytów. Wewnętrzna ściana jamy utworzona jest z luźnej siatki, zawierającej komórki najrozmaitszego typu wyraźnie zwyrodniałe. Zewnętrzną ścianę jamy tworzy naciek prawie wyłącznie złożony z komórek plazmatycznych. Obraz histologiczny tkanki słoniowatej sromu przemawiał nietylko za istnieniem zastoju limfy i następową proliferacją tkanki, tak jak to twierdził Jersild, ale także za obecnością zapalnych zmian, do pewnego stopnia specyficznych dla ziarniniaka.

**Przypadek pseudo - milium colloidale. (Sur un ces de pseudo - milium colloïde). M o r a c e l - i**

*Annales de Derm. et de Syph. 1934 Nr. 1.*

Schorzenie opisane po raz pierwszy przez Wagnera w r. 1866 — pod nazwą colloid - millium bardzo rzadkie, do dzisiaj prawie bez zmian utrzymuje się w literaturze. W. dokładnie ściśle określił tą jednostkę chorobową przypisując schorzeniu, jako siedzibę gruczoły łojowe. Uczniowie Wagnera dopiero wykazali, że siedzibą zmian chorobowych jest tkanka łączna brodawek i warstwy podbrodawkowej. Pozostaje do dzisiaj sprawą otwartą 1° histogeneza substancji t. zw. koloidalnej i 2° etjologja schorzenia.

U kobiety 42-letniej (zakażenie kiłowe — leczenie nieregularne) istniały od 10-ciu lat na czole i symetrycznie poniżej zewnętrznych kącików oczu, żółtawe guziczki, na pierwszy rzut oka naśladujące pęcherzyki. Wykwity były gęsto ułożone, jednak z zachowaniem większych brózd skóry, niektóre wieloboczne lub pępkowato wklęśnięte. Podobne, lecz mniej liczne wykwity istniały na grzbietach rąk w okolicy kości śródręcza I. Z licznych badań tylko badanie krwi wykazało pewne odchylenie od normy w kierunku hypercholesterynemji (2,2°/₀₀) O. W. ujemny.

Przypadek powyższy jest typowym i rozpoznanie jego nie ulega wątpliwościom, które zachodzą w licznych przypadkach opisanych w literaturze pod nazwą hydradenoma eruptivum lub hydroa recidivans, mylnie zaliczanych do tej samej grupy.

Co się tyczy pochodzenia substancji koloidalnej, to istnieje pewna niezgodność pomiędzy określeniem dermatologów a histopatologów. Według tych ostatnich koloid jest substancją jednolitą, pozbawioną wszelkiej struktury, będącą produktem przemiany wydzieliny nabłonka w przeciwieństwie do hyaliny substancji podobnej pochodzenia łączno-tkankowego. Tak więc nazwa koloid dla substancji w tym przypadku bezwątpienia pochodzenia łącznotkankowego, byłaby, według histopatologów, z gruntu nie odpowiednia. Tymczasem w dermatologji od czasów Unny nazywamy zwyrodnieniem koloidowem właśnie powstawanie substancji omawianej. Zwyrodnienie takie może nastąpić wtórnie po procesie zapalnym (blizny koloid.) — jako zmiany starcze (*Juliusberg*) — wkońcu pierwotnie. Trzy te typy zwyrodnienia są podobne ale nie identyczne.

W pseudo - milium coloid, nigdy nie spotykamy poprzedzających zmian zapalnych lub powstawania ziarniny. Koloid — jest substancją lub mięszaniną chemicznie jeszcze nie określoną. Co się tyczy jej pochodzenia, istnieje kilka teorji (1. pochodzenie z kolagenu, 2, z włókien elastycznych) Bosellini wykazał w swoich badaniach, w jaki sposób przez szereg ewolucji tkanki kolagenowej i elastycznej dochodzi do powstania tk. koloid. i ta teorja mięszanego pochodzenia znalazła poparcie u przeważnej ilości autorów a także w przypadku opisanym.

E t j o l o g j a — teorja zmian starczych mało ma zwolenników. Zdaniem Boselliniego jest to dermatoza dystroficzna — wykazująca niekiedy skłonności do kilku członków jednej rodziny. Niewątpliwy udział w powstawaniu tego

schorzenia mają również wpływy atmosferyczne. (Nieznaczną hypercholesterynemję w opisanym przypadku łączy autor z zakażeniem kiłowem).

**W sprawie kiły mięśni. (Sur une forme clinique de syphilis musculaire. Les myosites syphilitiques sous — ulcereuses). F a v r e J. M i c h e l.**

*Annales de Dermat. et de Syph. 1934, Nr. 2.*

Autor zebrał i opisał 8 przypadków kiły późnej — przeważnie nieleczonej, w których pod wykwitami na skórze typu kiły trzeciorzędnej, stwierdzono w mięśniach a niekiedy, także w okostnej i w kości zmiany specyficzne.

Zmiany w mięśniach były czasem wyraźnie zamaskowane i trudne do zbadania. Ten utajony ich charakter bywa przyczyną rzadkiego ich rozpoznania zwłaszcza, że wykwity skórne utrudniają badanie części głębszych i maskują ewent. zmiany czynnościowe mięśni. W nielicznych przyp. niema żadnego utrudnienia ruchów, osłabienia siły ani zmian dotykowych (całkowite utajenie), częściej stwierdza się zmiany kształtu lub spoistości mięśnia i przykurcze. Objawy przedmiotowe idą równolegle z podmiotowemi. W przyp. daleko posuniętych a także po leczeniu specyficznem wyczuwa się stwardnienia — widać przykurcze i zaniki mięśni. W opisanych 8-miu przyp. pod wykwitem na skórze stwierdzono zdrową powięź a pod nią otoczone zdrową tkanką mięsną ognisko chorobowe typu kilaka. To spostrzeżenie przemawia przeciw ciągłości procesu zapalnego. Tylko w jednym przyp. (znacznie posuniętym) proces chorobowy doprowadził do zlania się pojedyńczych ognisk w tkankach mięsnej, łącznej i kostnej, pomimo tego jednak można było wyróżnić pojedyńcze ogniska kilakowate.

Ponieważ proces chorobowy nie drąży od zewnątrz (brak ciągłości) ani w kierunku przeciwnym (odmienny typ wykwitów na skórze) przeto należy uważać ten zespół za kiłę regionalną. Mechanizm powstawania tego zespołu (piętrowego — étagé) zależy od naczyń odżywiających pewne odcinki mięśni i skóry. Autor nie podaje dowodu na powyższą teorję, zwraca tylko uwagę na częstość tego zespołu.

**W sprawie wczesnego występowania odczynu Kahna w początkowych okresach kiły. (Précocité élective de la réaction de Kahn au début de l'infection syphilitique). A. U l l m o.**

*Annales de Dermat. et de Syphil. 1934, Nr. 2.*

Autorka wykonywuje od szeregu lat z każdą surowicą badaną odczyn Kahna (Standard) obok odczynu Hecht — Bauera, Bordet - Wassermanna i Vernesa. Badania, obejmujące około osiem tysięcy surowic, wykazują znaczną czułość odczynu Kahna zwłaszcza w kile późnej, jakkolwiek z drugiej strony zdarzają się dodatnie odczyny Kahna w przypadkach nie stwierdzonego zakażenia. Zdaniem autorki w przypadkach badania surowicy, której pochodzenia nie znamy, lub gdy nie znamy rozpoznania klinicznego — należy wynik K. ++ uważać za wątpliwy, K. + za ujemny. Jeżeli jednak chodzi o surowice kiłowych to nawet K. + świadczy o czynności zakażenia.

Ważnym dowodem czułości odczynu Kahna jest badanie wykonane w 24 przypadkach kiły wczesnej (począwszy od owrzodzenia pierwotnego, trwającego 2 dni). We wszystkich tych przypadkach, z wyjątkiem dwuch, wykazano obecność krętków.

Badania powyższe wykonały znaczną przewagę odczynu Kahna. W 23 przypadkach odczyn ten był dodatni, podczas gdy inne odczyny przeważnie były ujemne.

W przypadkach trwania owrzodzenia od 2-ch dni odczyn K. wykazywał +; jednakże w jednym przypadku już w 6-tym dniu trwania owrzodzenia wykazywał ++++.

Tak więc zastosowanie odczynu K. znacznie skraca okres surowiczo - ujemny w kile, który trwa wtedy zaledwie kilka dni.

**Nowe sposoby leczenia keloidów przy pomocy jonizacji chlorkiem magnezu. (Nouvelle thérapeutique des chéloides et des cicatrices chéloidiennes par l'ionisation au chlorure de magnésium). L. C a r l u.**

*Annales de Dermat. et de Syphil. Nr. 2, 1934.*

Z licznych teorji, tyczących się powstawania keloidów i blizn keloidowych (pasorzytnicza, zakaźna, toksyczna i inne) — najciekawszą jest teorja *Pautrier'a*. Teorja ta daje podstawy pod nowe sposoby leczenia, jak się zdaje, wiele obiecujące.

Keloidy i blizny keloidowe utkane są z tkanki łącznej, bujającej, młodej, obfitej w naczynia. *Pautrier* zastanawiał się, czy nie mamy w tych przypadkach do czynienia z pewnego rodzaju dysfunkcją tkanki łącznej i przy pomocy bardzo drobiazgowych badań stwierdził w 70% przyp. nadmierną ilość wapnia w krwi a u wszystkich nadmiar wapnia w tkance keloidowej w postaci związków organicznych. Te badania przeniosły problem patogenezy keloidu na tereny humoralne, zgodnie z teorją endokrinalną, gdyż jak wiadomo przytarczyca reguluje przemianę wapniową w organiźmie.

Niedostateczne wyniki leczenia keloidów dotychczas stosowanemi sposobami zmuszają stale terapeutów do szukania nowych dróg. Autorka stosuje oddawna jonizację jodkiem potasu i sposób ten oddaje jej znaczne usługi. *Lepennetier* uważa jonoterapję jodową za doskonałe leczenie w przypadkach bolesnych rozległych keloidów. Biorąc pod uwagę wyniki badań *Pautrier'a* zdawało się racjonalnem zastąpić jodek potasu substancją uwalniającą wapień z tkanek; postanowiono zastosować chlorek magnezu, używany często doustnie lub podskórnie w celu zwiększania wydalania wapnia z organizmu. Sól ta nie drażni skóry, łatwo się rozpuszcza i łatwo ulega jonizacji. Używa się jej w postaci 2% rostworu na biegunie dodatnim. Zabiegi bywają codzienne lub co drugi dzień. Po 15-stu zabiegach należy uczynić kilkudniową przerwę.

Sposób ten stosowany przez autorkę od kilku miesięcy daje dobre wyniki, polegające na zmniejszeniu objętości, spoistości, barwy wykwitu, dalej na usunięciu dolegliwości. Pomimo, że nie może być jeszcze mowy o możności wyleczenia keloidu tym sposobem, gdyż jak wiadomo keloidy ustępują b. powoli, to jednak pierwsze wyniki są zachęcające a w każdym razie ten sposób leczenia wydaje się być jedynym logicznym z pośród innych stosowanych dotychczas.

**Przyczynek do livedo racemosa. (Considerations à propos d'un cas de „livedo racemosa"). N. Rossetti.**

*Annales de Dermat. et de Syphil., N. 5, 1934.*

Z punktu widzenia patogenetycznego *Hess* i *Kerl* dzielą przypadki livedo racemosa na: 1) zależne od czynników toksycznych (lues, tuberculosis, alcoholismus), 2) będące w związku z uogólnioną arteriosklerozą i 3) zależne od specjalnego usposobienia układu krwionośnego.

Zestawienie przypadków dotychczas opisanych wykazuje w znacznym odsetku przypadków obecność zakażenia kiłowego, przyczem livedo racem. wystąpiło u tych chorych, którzy wykazywali skłonność do acrocyanozy i marmurkowatości skóry. Badanie naczyń włosowatych wykazuje u tych osobników widoczne rozszerzone naczynia, wypełnione obficie krwią, podczas gdy u osobników bez skłonności do siniczych zmian skóry widoczne bywają tylko naczynia włosowate brodawek skóry.

Autor przytacza spostrzeżenie przypadku, w którym znaczna część skóry, a mianowicie: kończyny dolne i dolna część tułowia wykazywały obecność sinych drzewkowatych rozgałęzień. Zmiany te istniały od kilku lat i dopiero, gdy chora zgłosiła się do badania z powodu silnych bólów głowy, mrowienia w całem ciele i upośledzenia słuchu, bólami w okolicy serca i uczuciem ciężkości obu kończyn lewych, dokładne badanie wykazało obecność kiły surowiczo-ujemnej „bezobjawowej". Badanie mikroskopowe skrawka, wyciętego z okolicy najbardziej widocznych zmian skórnych — wykazało w tkance podskórnej obecność dwuch naczyń tętniczych całkowicie zarośniętych (endartheritis obliterans).

*Zofja Jastrzębska.*

## *POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.*

W przypadkach *ropowicy szyi o wybitnie przewlekłym przebiegu,* powstałej wskutek zakażenia drobnoustrojami o zmniejszonej żywotności i cechującej się powstaniem deskowato twardego nacieku (phlegmon ligneux du cou), bardzo dobre wyniki lecznicze osiągnięto zapomocą wstrzykiwań zhemolizowanej własnej krwi chorego (10 cm³ krwi + 20 cm³ wody destylowanej — wstrzykuje się w 3 dawkach w odstępach 3godzinnych).
*(La Presse Méd. N. 35, 1934).*

*M.*

Bardzo dobre wyniki lecznicze w przypadkach *wodniaka otoczki właściwej jądra* daje wypuszczanie płynu zapomocą nakłucia z następowem wprowadzeniem do powstałej jamy 25% roztworu wodnoglicerynowego podwójnej soli chininy i mocznika z kwasem solnym i mlekowym — w ilości 3 do 6 cm³ tego roztworu na dawkę. Wstrzyknięcie to jest całkowicie niebolesne (w przeciwieństwie np. do wstrzykiwania roztworu jodyny), nie grozi żadnem powikłaniem w razie przedostania się roztworu poza jamę otoczki właściwej jądra i prowadzi w sposób zupełnie pewny do zarośnięcia tej jamy. Zwykle wystarcza do osiągnięcia ostatecznego wyniku jednorazowe wstrzyknięcie leku z następowem parokrotnem wypuszczaniem zbierającego się płynu. Na 18 leczonych w ten sposób przypadków we wszystkich osiągnięto zupełne wyleczenie, po 1 — 3 wstrzyknięć.
*(La Presse Med. N. 35, 1934).*

*M.*

## *BIBLJOGRAFJA*

**Louis Spillman. L'évolution de la lutte contre la syphilis. Un bilan de 25 ans.**

W przebiegu ostatnich 25 lat sposoby zwalczania kiły uległy gruntownej zmianie. Dawniejsze sposoby zwalczania kiły polegały jedynie na leczeniu chorego organizmu — obecnie wszystkie usiłowania dążą do stłumienia choroby w samym zaczątku — niejako u źródła, do unieszkodliwienia zakażonego organizmu w stosunku do otoczenia. W pracy swej autor opisuje w sposób zajmujący historję owej walki, w której sam brał żywy udział.

Walka z chorobami wenerycznemi dopiero po wojnie światowej wkroczyła na tory właściwe dzięki większej znajomości kliniki kiły wśród szerszego ogółu lekarzy, dzięki należytemu zrozumieniu i spełnianiu swej roli przez aptekarzy, do których trafia znaczny odsetek zakażonych po pierwszą pomoc. Naskutek umiejętnej propagandy, uświadomienia i organizacji ośrodków zapobiegania chorobom wenerycznym wśród robotników zainteresowały się tym zagadnieniem szersze warstwy społeczeństwa.

W książce tej znajdzie czytelnik podstawy rozpoznawania i leczenia kiły — jakoteż najczęstsze błędy popełniane przez ogół lekarzy w zakresie tej specjalności.

Osobny rozdział traktuje o kile wrodzonej i jej zapobieganiu. Autor wskazuje na ważność świadectw przedślubnych i proponuje szereg ciekawych zarządzeń, tyczących się nowych kierunków w walce z chorobami wenerycznemi, zwłaszcza wykrywania źródeł zakażenia.

## *K R O N I K A.*

Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego nadesłał poniższy komunikat o wakującej zapomodze stypendjalnej im. Dra Stanisława Kopcia.

FUNDUSZ ZAPOMOGOWO - STYPENDJALNY IM. DRA MED. STANISŁAWA KOPCIA.

Zapomoga w wysokości zł. 700.—, dla młodego lekarza polaka, wyznania rzymsko - katolickiego, na dalsze studja naukowe, przeważnie z zakresu teoretycznych nauk lekarskich, w instytucjach naukowych, w kraju lub zagranicą odbyć się mające.

Pierwszeństwo do otrzymania zapomogi mają ci lekarze, którzy ukończyli medycynę nie dawniej, jak przed 3-ma laty i niemniej roku pracowali jako asystenci szpitalni pod kierunkiem doświadczonych ordynatorów wykazując w czasie tej pracy zapał i pewne aspiracje naukowe.

Oprócz podania dołączyć należy:
1. curriculum vitae,
2. bieg studjów dotychczasowych,
3. ewentualne odbitki prac dotychczasowych ogłoszonych drukiem,
4. określenie kierunku, w którym kandydat pracuje lub ma zamiar pracować.

Podania wraz z załącznikami składać należy na ręce Sekretarza Stałego do Kancelarji Towarzystwa Lekarskiego (ul. Króla Alberta I Nr. 7) do dnia 31 października 1934 r.

*
* *

Ukazał się z druku „Zarys Fizjoterapji", — stron 264, rysunków 66, napisał *Dr. Józef Jankowiak*, lekarz Zakładu Przyrodoleczniczego Ubezpieczalni Społecznej w Poznaniu.

Spis rzeczy: Część I: wodolecznictwo. Część II: kąpiele lecznicze. Część III: światłolecznictwo. Część IV: elektrolecznictwo. Część V: leczenie medyko-mechaniczne. Cena zł. 5.—. Do nabycia u autora (przekazem P. K. O. Nr. 214 - 474) oraz w księgarniach.

*
* *

Wycieczka lekarska Dunajem do Warny i Konstantynopola. Po kilkudniowem zwiedzaniu zakładów leczniczych i zabytków Wiednia w sierpniu rozpocznie się wycieczka Dunajem przez Orsova, Mohacs do Russe i dalej do Warny i Konstantynopola. W Konstantynopolu szczegółowe zwiedzenie Szpitala Św. Jerzego i klinik. W drodze powrotnej zwiedzenie Beogradu i Budapesztu. Cena od 117 szylingów. Bliższych informacji udziela Dr. Fr. Barach, Wien I, Biberstrasse II, 1/6.

*
* *

VII LEKARSKI KURS WAKACYJNY W CIECHOCINKU CIEPLICY.

Stały Komitet Organizacyjny Lekarskich Kursów Wakacyjnych w Ciechocinku przystępuje do organizacji VII Lekarskiego Kursu w dn. 31. VIII. — 1, 2.IX. 1934 r. (piątek, sobota, niedziela).

Protektorat nad Kursem objąć raczył J. W. Pan v. Minister Opieki Społecznej Dr. med. Eugenjusz Piestrzyński.

Kursy poprzednie dzięki udziałowi wybitnych prelegentów oraz trafnemu wyborowi tematów, żywo interesujących lekarzy praktyków, zjednały sobie szczere uznanie uczestników, przybyłych w liczbie z górą 1600 z najdalszych krańców Rzeczypospolitej.

Komitet Organizacyjny, dążąc do utrzymania Kursu VII na równie wysokim poziomie, zwrócił się z prośbą o wygłoszenie odczytów do pp.: Prof. F. Czubalskiego (Warszawa), Doc. Z. Goreckiego (Warszawa), Prof. L. Korczyńskiego (Kraków), D-ra A. Landau (Warszawa), Doc. L. Lorentowicza (Warszawa), Dr. F. Łukaszczyka (Warszawa), Prof. M. Michałowicza (Warszawa), Doc. E. Rejcherówny (Warszawa), Prof. S. Schilling-Siengalewicza (Wilno), Prof. J. Szmurło (Wilno).

Uczestnicy Kursów mieć będą zapewnione bezpłatne mieszkanie w zdrojowisku oraz ulgi kolejowe t. zw. kuracyjne na drodze powrotnej.

Komitet Organizacyjny VII Lekarskiego Kursu Wakacyjnego, uwzględniając obecne warunki pracy Kolegów, obniżył opłatę uczestnictwa do zł. 20, od osób towarzyszących do zł. 15.

Komitet Organizacyjny projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania kursu.

Dokładny program będzie ogłoszony we właściwym czasie.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.



Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Warszawa, Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.